# MARILE SINDROAME ALE PSIHOPATOLOGIEI ŞI ORIGINEA LOR ÎN NORMALITATE

**FEBRUARIE 2020**

# INTRODUCERE

## Sindromul psihopatologic între medicina psihiatrică şi psihologia antropologică

Nebunia i-a intrigat pe oameni şi le-a ridicat probleme majore nu doar în perspectivă medicală, ci şi atunci când ei se înălţau pe culmile meditaţiei privitoare la fundamentele a ceea ce există. Astfel, la puţin timp după Renaştere, Rene Descartes, încercând să reia firul speculaţiei filosofice greceşti care-şi încheiase ciclul prin sistemele diagnostic şi sfidarea îndoielii sceptice iniţiate de Phirron, scria:

Chenar 1

**René Descartes: meditaţii despre filosofia primă (1640)**

Întâia meditaţie. Despre cele ce pot fi puse la îndoială

…..Dar, poate, deşi câteodată simţurile ne înşală cu privire la unele lucruri neînsemnate şi mai îndepărtate, sunt multe altele despre care nu ne putem defel îndoi, chiar dacă sunt scoase tot din simţuri: cum e faptul că mă aflu aici, că stau lângă foc, că sunt îmbrăcat cu o haină de iarnă, că am în mâini manuscrisul acesta – şi altele asemănătoare. Şi în ce fel oare s-ar putea tăgădui că mâinile aceste şi întreg corpul de faţă sunt ale mele. Doar dacă, poate, nu m-aş asemui cu nu ştiu care nebuni, ale căror creiere sunt atât de tulburate de aburul apăsător al fierei cele negre, încât ei afirmă necontenit fie că sunt regi, când de fapt sunt cât se poate de săraci, fie că sunt înveşmântaţi în purpură când de fapt sunt goi, fie că au corpul de argilă, că toată fiinţa lor e un dovleac, ori că sunt alcătuiţi din sticlă; dar aceştia sunt smintiţi, iar eu însumi n-aş părea mai puţin nebun dacă aş lua vreo pildă de la ei”.

Continuându-şi demersul argumentatie, Descartes ajunge la concluzia finală: singurul lucru de care nu se poate îndoi omul care meditează speculativ asupra temeiurilor este însăşi faptul că se îndoieşte, deci cugetă: “Dubito ergo cogito. Cogito ergo sum”. Şi astfel, nebunia, ca ipostază a existenţei omeneşti, se dovedeşte a nu putea fi evitată în cel mai profund raţionament de întemeiere filosofică. Iar când ne apropiem de împlinirea modernităţii, îl întâlnim pe Hegel

scriind în **Prelegere de istoria filosofiei**: "Crima şi demenţa sunt extreme pe care spiritul omenesc în general le are de învins în cursul dezvoltării sale….sunt o treaptă esenţială în dezvoltarea sufletului….!!"

Gândirea occidentală şi-a dat seama, pe întreg parcursul ei esenţial, că "nebunia" e intrinsecă condiţiei umane. Astfel încât în sec.XIX s-a impus chiar ideea că, în mod similar cu alte stări patologice, ea poate fi considerată un "experiment natural" care dezvăluie infrastructura psihismului uman. Această perspectivă a avut şi o perioadă de parţială eclipsă atunci când "cei lipsiţi de raţiune" au fost claustraţi în câmpuri de concentrare pentru că perturbau ordinea publică. Foucault, cel care a făcut prin excelenţă inventarul acestei perioade, nu analizează însă până la capăt faptul că "obiectivarea" stărilor psihopatologice prin claustrare în azile e şi cea care a făcut posibilă medicina psihiatrică pe care o avem azi. Iar procesul de "deconstrucţie" a alienării mentale ipostaziată în nebunul azilar a progresat în ultima jumătate de veac destul de mult pentru a re-privi, cu deschidere, spre maniaci şi melancolici ca spre fraţii noştri…Aşa cum priveau şi anticii şi cei din Renaştere, căci Marsilio Ficino făcea elogiul saturnienilor iar Erasmus pe cel al hipomaniacalilor.

Această perspectivă a fluenţei între structura constitutivă a psihismului uman conştent şi cadrele nosologice ale psihiatriei e susţinută şi de doctrina spectrelor maladive psihiatrice care se afirmă în ultimii ani. De aceea considerăm important ca psihopatologia descriptivă să se concentreze pe descrierea şi comentarea principalelor sindroame psihopatologice, să le degaje ca şi centre care, venind dinspre normalitate, susţin nosologia psihiatrică împotriva variantei în care sindroamele sunt considerate doar ca şi complexe de simptome ce se întâlnesc mai frecvent împreună.

Marile sindroame psihopatologice nu sunt infinite. Alături de melancolia şi mania antichităţii, care includeau şi ceea ce în prezent comentăm ca sindroame anxios fobice şi opozitiv impulsiv distruptive, principalele sunt cele pe care le

întâlnim ca şi gravitând în jurul orbitei psihiatrice: delirurile, tulburările percepţiei situaţionale şi cele autoperceptive (incluzând depersonalizarea), apato abulia şi dezorganizarea. Mai putem regăsi, ca urmare a vechii histerii, câteva sindroame disociative; apoi patologia obsesiv compulsivă, astenică şi spectrul dependenţelor persoanei.

Vom încerca să parcurgem cumva acest inventar, în spatele cadrelor clinice oficiale ale psihiatriei. Desigur, cu toată aplecarea spre o abordare cât mai clară şi simplă.

Deşi, în acest domeniu, lucrurile nu sunt nici în prezent suficient de clare şi simple.

*

*    *

Dacă trecem pe lângă un om şi îl vedem stând, adus de spate, nemişcat, cu capul în pământ, ne mirăm şi poate îl întrebăm dacă nu are nevoie de ceva. Iar dacă nu ne răspunde şi alţii ne spun că nu vorbeşte cu nimeni, că stă aşa de multe ore, neinteresat de nimic, poate ne îngrijorăm, mai ales văzându-i fruntea încreţită sub forma literei greceşti omega. Şi ne întrebăm, dacă nu suferă cumva de o depresie majoră, ce ar trebui diagnosticată şi tratată de către medicii psihiatri.

Când psihiatria şi-a făcut loc în sec.XIX printre clinicile medicale (alături de chirurgie) ea urma să adopte întregul ritual şi toată metodologia acestora, inclusiv arta diagnosticării bolilor în raport cu un sistem nosologico nosografic acceptat, pe baza simptomelor bolilor, care ar putea fi reunite în sindroame. Medicina ce se constituia în acel secol se afla în avangarda ştiinţelor pragmatice, bazate pe cunoştinţe empirice, aşa cum preconizase Fr.Bacon. Doctrina umoralistă a antichităţii greco-romane care fusese reactivată în Renaştere s-a transpus progresiv în concepţii ce făceau trimitere la anatomia şi fiziologia organismului uman, la o fizică a solidelor, la chimie şi în cele din urmă şi la electricitate. Descoperirea

microorganismelor şi a rolului lor în infecţii, studierea funcţionării fizico-mecanice dar şi chimice a organelor corpului omenesc, a condus la doctrina substratului lezional biocorporal al bolilor psihice, a marilor sale sindroame, care i se atribuie lui Wirchow. Semiologia medicală se constituie în acest veac tot mai mult prin referinţă la anatomia şi funcţionalitatea organelor corpului omenesc. Şi aşa a rămas medicina până în prezent, diferenţiată prin specialişti în tratarea ochilor, urechilor, gâtului, dinţilor, plămânilor, inimii, rinichilor ş.a.m.d.

Doar psihiatria nu se putea însoţi complet cu această mişcare, cu toate eforturile sale de a se referi la disfuncţiile creierului. Descoperirea determinării unei părţi din simptomatologia Paraliziei Generale Progresive ca datorată unei meningoencefalite sifilitice şi deducţiile pe care le avansau neurologii privitor la patologia unor zone din creier în corelaţie cu tulburările de vorbire, de sensibilitate, mers, orientare etc. se plasează doar în pragul problemelor psihiatriei clinice.

Deşi în sec.XIX psihiatria nu avea suficient succes în direcţia interpretării simptomatologiei clinice prin disfuncţia organului corporal numit creier, semiologia acestei discipline s-a constituit totuşi rapid în această epocă, făcând apel la psihologia vremii. Aceasta, după ce timp de peste două milenii a servit filosofia – gnoseologia şi etica –, se muta acum în direcţia unei ştiinţe antropologice empirice, susţinută de doctrina facultăţilor (de sorginte scoţiană) şi de asociaţionism. Principalele facultăţi erau considerate ca fiind cea cognitivă, cea volitivă şi, mai nou, cea afectivă. Fiecare facultate avea subdiviziuni astfel încât se putea discuta despre gândire, memorie, fantezie, decizie liberă, impulsuri, emoţii, afect etc. Abordarea psihismului din perspectiva facultăţilor şi funcţiilor psihice s-a păstrat şi chiar s-a dezvoltat odată cu consituirea laboratoarelor experimemtale de psihologie şi apariţia în sec.XX a unor doctrine precum comportamentalismul, configuraţionismul, cognitivismul etc. Desigur, cu timpul s-au introdus termeni şi concepte noi, atât în psihologie cât şi în psihopatologie. Psihologia funcţiilor a secondat în permanenţă toate orientările doctrinare psihologice care s-au văzut

obligate să comenteze atenţia, percepţia, motivaţia, caracteriologia sau relaţiile interpersonale, menţinându-se până în zilele noastre. Această abordare nu putea da însă socoteală de sindromatologia psihopatologtică, deoarece "tabloul clinic" se distribuie între diverse sectoare ale funcţiilor psihice.

Chenar 2

**Psihologia celor trei funcţii şi semiologia psihiatrică**

Funcţii cognitive: - percepţia; memoria; reprezentare şi imaginare, judecare (gândirea) în sens de inferenţă logică prin care se rezolvă probleme teoretice şi practice; - cursul ideativ, considerat ca o ofertă sau pulsiune spontană de informaţii interne. Tot de funcţiile cognitive ar tine atenţia şi orientarea, mai ales cea temporo spaţială, în raport cu sine şi cu alţii; perceperea timpului s-a degajat ca o problemă specială; şi la fel, perceperea propriului corp şi perceperea altora. În strânsă corelaţie cu funcţiile cognitive este comentat limbajul verbal, inclusiv "limbajul interior"; comunicarea (interumană) ar constitui un domeniu aparte.

- Funcţiile volitive reunesc: - motivaţia; - deliberarea şi decizia; proiectarea şi realizarea unui obiectiv prin comportament; evaluarea acţiunii în cursul desfăşurării sale şi în perspectiva consecinţelor. Comunicarea poate fi comentată şi în perspectivă volitiv comportamentală.
- Funcţia afectivităţii e uneori corelată cu cea pulsională coparticipând la motivaţie. Ca aspect particulare se înregistrează: - emotivitatea circumstanţială şi controlul ei; pulsiunile instinctive afective şi controlul lor; - dispoziţiile afective; - ataşamentul şi trăirile afective relaţionale (iubire, ură, suspiciune); - afectele valoric spirituale.
- În sistemul funcţiilor psihice tradiţionale nu-şi găseşte un loc clar problema sinelui (eului conştient).

În psihiatrie, observarea îndelungată de către specialişti a pacienţilor internaţi în azile, a condus în sec.XIX la identificarea unor pattern-uri de trăiri şi manifestări relativ constant care au fost denumite "unităţi de analiză" (Berrios). Aşa erau halucinaţiile, delirurile, depresia, fobiile, deteriorarea cognitivă, stuporul. Acestea apăreau la anumiţi pacienţi ca un fel de echivalent al sindroamelor din medicina generală, putându-se manifesta în perspectivă longitudinală, în mai multe boli. Principalele observaţii clinice semiologice au fost făcute în Franţa, Anglia şi Germania, terminologia fiind iniţial influenţată de limbile respective. Treptat s-au găsit termeni acceptaţi internaţional. De fapt, o serie de boli aveau deja etichete din antichitate, precum melancolia, mania, histeria. Alte tulburări au fost comentate în

Europa din perioada postrenascentină, deseori fiind indicate prin expresii latine sau greceşti. În sec.XIX se reactivează şi se impun în medicina psihiatrică expresii precum: delirul, paranoia, halucinaţiile, demenţa, fobia, obsesia, etc. Expresia de “nevroză”, care a fost introdusă în sec.XVII, îşi schimbă înţelesul, iar ca termen nou apare cel de “psihoză”. Sec.XIX a produs, prin atenta observare, descriere şi spiritul său de sistematizare, aproape întreaga simptomatologie a psihiatriei.

Dar, se cere revenit la problema centrală pe care o avea medicina psihiatrică din acea vreme, acea că nu se putea referi la un organ a cărui deficit disfuncţional să exprime direct şi explicit, profunda tristeţe a depresiei, euforia dezinhibată a maniei, sau convingerea aberantă a delirului paranoiac. Psihologia ştiinţifică ce s-a dezvoltat în această vreme sub forma unor cercetări experimentale controlate în laborator, se concentra în continuare pe studierea funcţiilor tradiţionale: sensibilitate, atenţie, memorie etc. Ceea ce nu prea era de ajutor pentru a înţelege de ce şi cum un om a ajuns să fie convins că s-a transformat în Napoleon. Nici comportamentalismul, ca doctrină care încerca să gireze la începutul sec.XX ştientificitatea psihologiei nici chiar psihanaliza, care propune un model hermeneutic de analiză al omului dimensionat prin moralitate, nu răspundea unor astfel de exigenţe. Variatele orientări şi doctrine psihologice ale sec.XX au susţinut câmpuri coerente de cercetare de la etologia la psihologia relaţiilor interpersonale dar nu au putut oferi o imagine globală şi coerentă a psihismului uman normal, care să fie folosită de psihopatologie ca un referenţial pentru tulburările pe care le constata. De abia spre sfârşitul sec.XX au început să se agrege sinteze transdoctrinare în domeniu aşa cum a încercat psihologia şi psihopatologia developmentală şi a ciclurilor vieţii; sau cum pretinde cea evoluţionsită (culturală).

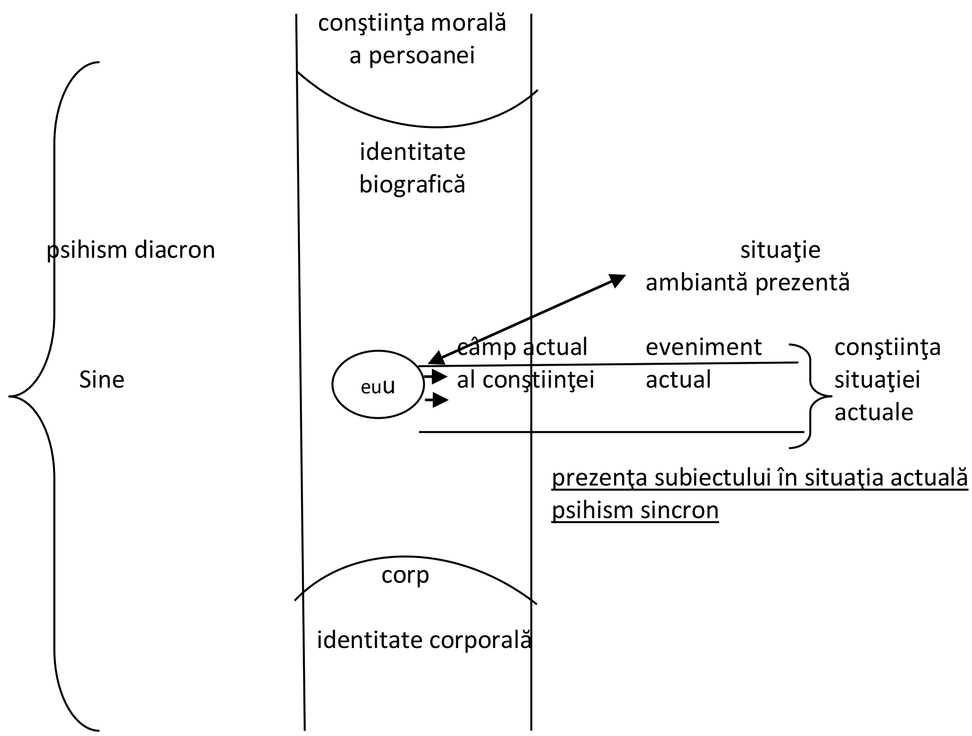
Şi totuşi psihopatologii au simţit constant, la fel ca toţi oamenii, că în cazul manifestărilor patologiei mentale întâlnim în mare măsură echivalentul deficitar, disfuncţional a  unor trăiri normale a psihismului uman. De aceea încă din sec.XIX s-a încercat studierea manifestărilor care sugerau o apropiere de acestea. Aşa a fost

trimiterea la somnul cu vise pe care a propus-o spre mijlocul veacului Moreau de Tours şi alţi psihiatri. De fapt în unele stări infecţioase febrile şi în sevrajul alcoolic, realmente pacienţii manifestă trăiri de tip oniroid. În aceeaşi direcţie au fost studiate şi trăirile depersonalizante particulare ce apar după consumul unor substanţe psihoactive, precum haşişul. Acest model al "disoluţiei câmpului de conştiinţă vigil" a continuat să fie cercetat până spre mijlocul sec.XX. Dar el acoperă doar o anumită zonă a psihopatologiei.

O altă idee lansată în sec.XIX se corela evoluţionismului. Neurologul britanic Jackson a sugerat acceptarea faptului că, prin evoluţie, creierul uman (şi psihismul) a câştigat treptat noi funcţii, superioare şi integratoare, care sunt însă mai sensibile la noxe. Acestea coordonează funcţionarea structurilor cerebrale mai vechi filogenetic, care sunt mai simple şi stereotipe; dar mai rezistente. Simptomatologia (psiho) neurologică s-ar realiza prin faptul că, în urma noxelor, unele funcţii superioare nu se mai manifestă; ceea ce exprimă aspectul deficitar al bolii. Iar pe de altă parte, se manifestă pregnant funcţii mai simple, vechi, primitive, care erau acoperite sau integrate (implicite) în funcţiile superioare; şi care acum se exprimă direct, nestingerit, nefiltrat, persistent, deranjant. Iar în final simptomatologia s-ar contura şi prin efortul persoanei de a-şi corecta deficitul. Această concepţie a lui Jackson a fost adoptată de mulţi psihiatri de la începutul sec.XX (Janet, Bleuler, de Clerambaud) fiind reactivată spre mijlocul veacului XX de către psihiatrul francez H.Ey. Ceea ce e interesant în concepţia lui Ey este că, interpretând psihismul uman printr-un filtru predominent fenomenologico psihanalitic – ca realizându-se prin conjuncţia dintre : a) conştiinţa identităţii biografice morale şi b) câmpul conştiinţei actualităţii trăite –, el face totuşi trimitere la "un organism psihologic conştient", care ar dubla organismul biologic. Instrumentarul psihologic al acelei vremi nu permitea însă un astfel de salt; care ar putea fi totuşi reluat în discuţie de actuala psihologia evoluţionistă (culturală).

Chenar 3

**Concepţia lui Ey privitoare la "organismul psihic" ce se suprapune peste cel biologic; abordare din perspectiva conjuncţiei între "conştiinţa actualităţii" şi "conştiinţa morală"**




Prima jumătate a sec.XX a găsit lumea occidentală cu o medicină psihiatrică ce avea o semiologie aproape complet construită, bolile fiind integrate în sistematica nosologico nosografică a lui Kraepelin, construită pe baza cazuisticii azilare. Acum apare şi prima carte de **Psihopatologie generală** (1913) scrisă de tânărul psihiatru K.Jaspers din Heidelberg, care va deveni ulterior un cunoscut filosof existenţialist. Impozanta sa lucrare dedică o parte substanţială simptomatologiei. Jaspers concepe psihismul uman în perspectiva lui Kant ca psihism al unei persoane morale, deschisă spre transcendenţă şi centrată de un eu conştient, reflexiv, orientat spre relaţii umane duale, în mijlocul socioculturii. În lucrarea sa el acordă un important rol metodologiei de obţinere şi sistematizare a

informaţiilor care erau grupate în: trăiri subiective (fenomenologie), manifestări psihice măsurabile (atenţie, memorie, inteligenţa operativă etc.), expresivitate emotivă comunicantă, date biografice şi comportamentale obţinute din variate surse. Ideea de bază era ca, prin astfel de informaţii, psihopatologul să poată construi tabloul unui "caz tipic exemplar" al unei boli anume; şi apoi, să o identifice, la diverse cazuri concrete. Era o epocă în care "ştiinţele umane" se impuneau, pretinzând o condiţie similară cu cea a ştiinţelor fizico biologice şi ca având o metodologie proprie. Dilthey, maestrul lui Jaspers în filosofie, considera că această metodologie s-ar putea baza pe comprehensiunea psihologico hermeneutică interumană, de care fiecare subiect conştient ar fi capabil. Pornind de la această perspectivă Jaspers introduce: reacţiile comprehensive anormale", printre posibilele entităţi psihopatologice. Noi putem înţelege că un alt om devine trist atunci când îi moare o persoană apropiată, deoarere fiecare dintre noi am fi reacţionat în acelaşi fel. În unele cazuri însă tristeţea (depresia) ce apare e exagerată ca intensitate şi durată, manifestându-se particular; de aceea o putem eticheta ca anormală. Şi la fel gelozia;sau revolta după o frustrare. Se deschide astfel poarta pentru refacerea legăturii între sindromul psihopatologic şi trăirea umană firească. Reacţia comprehensibilă anormală face parte dintr-o suită de modalităţi dinamice ale psihopatologiei clinice pe care Jaspers le-a descris şi care mai cuprinde: - dezvoltarea anormală; - procesul psihopatologic (diferit de cel organic); - fază (sau episod) al unei patologii ciclice; - defectul developmental şi defectul postprocesual.

În continuarea viziunii lui Jaspers privitoare la anormalitatea psihopatologică, la Clinica din Heidelberg Schneider va comenta ulterior zece tipuri de "personalităti psihopate" în termenii limbajului cotidian, nepsihiatric, considerând că aceşti oameni suferă şi îi fac pe alţii să sufere din cauza structurii lor caracteriale, fără a fi propriu zis nişte bolnavi psihici. Astfel, de exemplu aşa

numitul psihopat isteric era etichetat ca un om care vrea să se valorizeze mai mult decât merită, atrăgând atenţia asupra sa.

Depresia reactivă anormală la care făcea referire Jaspers nu este o tulburare psihică oareşcare. Ea figurează printre cele mai vechi suferinţe psihice recunoscute de medicina greco-romană sub denumirea de melancolie, alături de manie şi histerie. Melancolia hipocratică, transpusă în sec.XIX în expresia de depresie (după ce fusese etichetă şi ca "lipemie") şi epurată de mixajul său tradiţional cu anxietatea şi delirul, devine pe parcursul sec.XX, în combinaţie cu mania, una din cele două "psihoze endogene" ce vor sta în centrul nosologiei psihiatrice sistematizată de către Kraepelin, alături de schizofrenie, ca boala maniaco-depresivă.

Către sfârşitul sec.XX când psihiatria îşi consolidase poziţia în cadrul medicinei şi începuse să aibe succese terapeutice tot mai mari în urma introducerii medicaţiei psihotrope, s-a pus problema standardizării diagnosticelor psihiatrice pentru a se putea compara rezultatele intervenţiilor terapeutice între diverse centre specializate. În Germania şi Elveţia se elaborează şi se utilizează acum sistemul de diagnostic pe calculator AMDP (1965) (Arbeitsgemeinschaft für Metodik und Dokumentation in Psychiatrie) care constă în mai multe fişe pe care evaluatorul bifează o poziţie din opţiunile posibile (ex."da" sau "nu"), rezultatul fiind obţinut în urma prelucrării pe calculator. Fişa pentru diagnosticul stării actuale conţine 100 de itemi dintre care…..erau acordaţi depresiei.

Standardizarea diagnosticului psihiatric a fost însă radical impusă odată cu apariţia în America a Sistemului de diagnostic DSM-III (1986). Se propunea o listă cu un număr finit de entităţi diagnostice repartizate în capitole (chiar dacă fiecare clasă diagnostică include şi o poziţie : "şi altele similare"). Categoriile erau considerate discrete, fără a trece una în alta, deşi puteau fi comorbide. Fiecare se definea prin prezenţa obligatorie a unor itemi dintr-o listă de includere şi excludere, centrată predominent pe simptomatologie şi durată (uneori şi vârstă), cu

obligativitatea ca intensitatea să fie suficientă pentru a crea suferinţă şi perturbarea funcţionării în roluri sociale (să existe deci o "intensitate clinică"). Principalele categorii diagnostice trebuiau să aibe o variantă în care să se manifeste în afara concomitenţei cu consumul de substanţe psihoactive şi/sau suferinţe organic cerebrale. Privitor la criteriile simptomatice de diagnostic, acestea sunt predominent observaţionale. La unele categorii se impun unul sau câteva simptome obligatorii, iar în rest se cere prezenţa unui număr minim de itemi dintr-o listă. Dacă modelul DSM-III-5 poate părea uneori exagerat de pedant, nu trebuie uitat că el dezvoltă un aspect intrinsec al procedurii de diagnostic, pe care-l remarcase deja Jaspers, care formula în **Psihopatologia** sa că "sindromul şi boala psihică sunt în mare măsură un construct mental, ştiinţific, al comunităţii specialiştilor"; pe care aceştia îl folosesc ca mediator în procesul practic al diagnosticării.

În manualul DSM-5 (2013) pentru diagnosticul de Depresie majoră se cere prezenţa a 5 (sau mai mulţi) din cei 9 itemi simptomatici indicaţi, obligator fiind ca unul din aceştia să fie din primii doi: 1)Dispoziţie depresivă prezentă aproape tot timpul; 2) Scăderea interesului pentru aproape toate activităţile; 3) Scăderea marcată în greutate; 4) Insomnie (sau hipersomnie); 5) Inhibiţie psihomotorie (sau agitaţie); 6) Lipsa de energie; 7) Sentiment de lipsă de valoare sau vinovăţie excesivă; 8) Scăzută capacitate de a se gândi, concentra, indecizie; 9) Gânduri recurente de moarte. Această simptomatologie trebuie să exprime o evidentă modificare a felului de a fi anterior şi să dureze 2 săptămâni.

Caracterizarea şi diagnosticarea depresiei în DSM-5 face trimitere şi la alte categorii ca de ex. Tb.depresivă persistentă (Distimia) în care simptomatologia nu e aşa de pronunţată iar durata e de peste 2 ani. În plus, în diagnosticare se pot adăuga specificatori ce trimit la anxietate, mixtarea cu simptome maniacale, cu simptome atipice, cu delir, cu catatonie, cu pattern sezonier etc.

Modelul circumscrierii unui sindrom clinic prin liste de simptome este necesar şi eficient în urmărirea evolutivă a cazului sub tratament. Şi chiar pentru

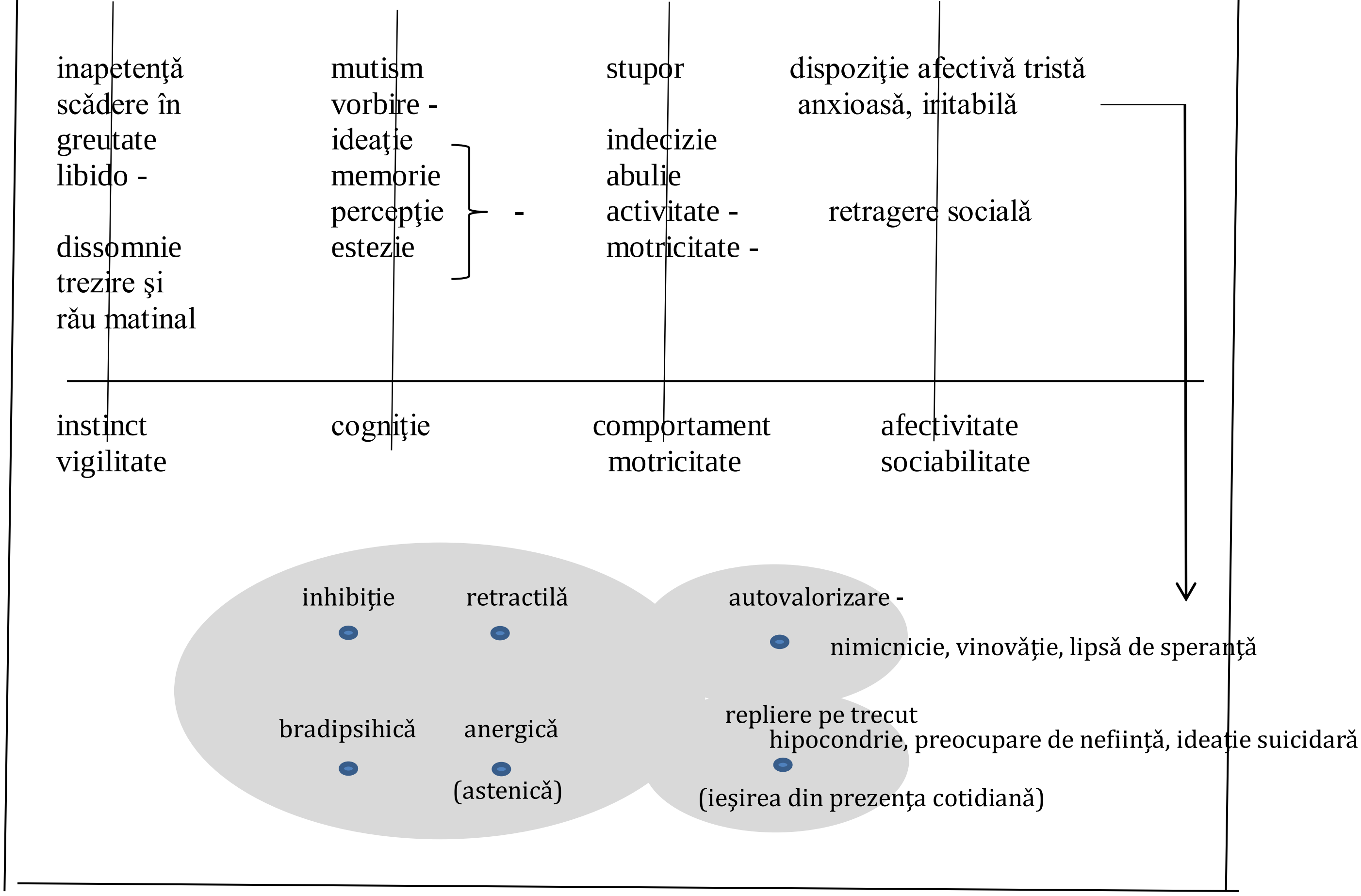
definirea cazului. Căci dacă – din perspectiva DSM-5 – nu identificăm minimum 5 simptome (itemi), cazul de depresie nu există. Modelul s-a dezvoltat mult în direcţia unor scale clinice de evaluare, autoadministrate sau cu administrare observaţională, care includ de obicei şi simptome din alte clase care sunt frecvent comorbide (sd. anxios fobic, obsesiv compulsiv etc.). De ex. Scala de evaluare Hamilton (HAMD) are o variantă cu 17 itemi şi una mai extinsă cu 24 itemi. Deseori se includ simptome care ar putea să apară în perspectivă evolutivă. Instrumentul cu care s-au realizat studiile internaţionale OMS asupra depresiei, SADS-OMS conţine 40 de itemi. Cel mai elaborat sistem de evaluare a depresiei este CODE-DD a lui Ban (1989) care are 90 de itemi şi permite identificarea depresiei după 25 criterii de diagnostic ale diverşilor autori.

| Chenar 4 | **Scale pentru depresie** | |
|---|---|---|
| Scala Hamilton | Scala Beck | Scala Zung |
| 1.Dispoziţia tristă<br>2. Ideea de vinovăţie<br>3. (Idei de suicid)<br>4. Insomnie vesperală<br>5. Insomnie la mijlocul nopţii<br>6. Insomnie matinală<br>7. Dificultăţi în muncă (activitate)<br>8. Inhibiţie în gândire şi vorbire<br>9. Agitaţie<br>10. Anxietate la nivel psihic<br>11. Anxietate somatica<br>12. Simptome somatice gastro-intestinale<br>13. Simptome somatice generale<br>14. Simptome genitale<br>15. Hipocondria | 1. Tristeţe subiectivă<br>2. Pesimism<br>3. Sentimentul eşecului (bilanţ)<br>4. Incapacitate de a se bucura (anhedonie)<br>5. Vinovăţie<br>6. Sentimentul necesităţii de a fi pedepsit<br>7.Autodepreciere (insatisfacţie faţă de sine )<br>8. Autoacuzare<br>9.Autoagresiune (tendinţe suicidare)<br>10. Plâns<br>11. Retragere (izolare socială)<br>12. Nehotărare<br>13. Părere nefavorabilă faţă de sine (fizică)<br>14. Dificultăţi în muncă | 1. Tristeţe subiectivă<br>2. Bioritm diurn<br>3. Plans nemotivat<br>4. Tulburare de somn<br>5. Tulburare de apetit<br>6. Sociabilitate redusă<br>7. Slăbire în greutate<br>8. Constipatie<br>9. Tahicardie<br>10. Astenie (subiectivă)<br>11. Bună dispoziţie<br>12. Abilitate în acţiune<br>13. Nelinişte / agitaţia<br>14. Neîncredere în viitor<br>15. Instabilitate<br>16. Indecizie<br>17. Inutilitate<br>18. Satisfacţia existenţei<br>19. Idei de moarte |

| | | |
|---|---|---|
| 16. Pierderea în greutate<br>17. Autocritică<br>18. Variaţii diurne ale simptomatologiei<br>19. Depersonalizare – derealizare<br>20. Simptome paranoide<br>21. Simptome obsesiv-compulsive<br>22. Neajutorare<br>23. Lipsa de speranţă<br>24.Devalorizare (pierderea stimei sine, autodepreciere) | 15. Tulburări de somn<br>16. Fatigabilitate<br>17. Inapetenţă<br>18. Pierdere în greutate<br>19. Preocupări (îngrijorare) faţă de starea fizică<br>20. Absenţa libidoului | 20.Dificultăţi de a realiza bucuria vieţii (anhedonie) |

Abordarea diagnostică pe care o dezvoltă sistemele standardizate cuantificate este desigur foarte utilă pentru identificarea cazurilor şi urmărirea evoluţiei lor pentru comunicarea dintre specialişti şi cercetarea ştiinţifică. Dar ea nu indică destul de clar nucleul formal din care toate aceste manifestări înregistrabile decurg, coerenţa de sindrom, de câmp simptomatologic şi semnificativ a depresiei. Procedându-se la o analiză fenomenologico structurală s-ar putea identifica un <u>nucleu formal care ar putea fi caracterizat descriptiv ca o inhibiţie retractilă, bradipsihică anergică şi autodevalorizantă cu o repliere centripetă pe sine, pe propriul corp şi trecut şi orientare spre moarte</u>.

Chenar 5




Oricâte variante ar avea sindromul psihopatologic depresiv în descrierile din manuale, în criteriile de diagnostic şi scalele de evaluare, el trimite mereu spre tristeţea depresivă a oamenilor. Şi mai ales spre doliu. Aşa cum simţim cu ţotii, aşa cum a propus Jaspers şi Freud. Însă, cu aceeaşi încăpăţânare gândirea medicală nu poate renunţa la întrebarea ce s-a profilat încă din secolul XIX : “Ce organ (eventual psihic), al omului este disfuncţional în cazul depresiei”? Dacă pe vremea lui Jaspers cineva ar fi întrebat de ce e omul trist când pierde pe cineva apropiat, probabil i s-ar fi răspuns: „Pentru că aşa e natura umană”. După anul 2000, odată cu psihologia evoluţionistă, răspunsul tinde însă să se schimbe în sensul unei

surprinzătoare perspective care afirmă că în joc e o strategie adaptativă. Să fie oare retragerea inhibată depresivă un model comportamental adaptativ?

Psihologia şi psihopatologia evoluţionistă care s-a dezvoltat mai ales după anul 2000 a sugerat că progresele realizate prin selecţia naturală şi sexuală se referă nu atât la transmiterea genetică a unor organe mai performante cât mai ales a unor comportamente adaptative de supravieţuire şi multiplicare tot mai elaborate şi adecvate, coordonate prin reţelele neuronale ale sistemului nervos central. Fapt ce a şi susţinut procesul de teleencefalizare. E vorba de strategii de raportare la variate situaţii şi care în frecvente cazuri sunt salutare, pe care individual ajunge să le aibe la dispoziţie, în rezucita sa comportamentală, pentru a le utiliza la nevoie. Aşa ar fi de exemplu la unele specii migraţia în timpul iernii; iar la altele hibernarea; sau reflexul de moarte (totstelreflex) şi sumisiunea în caz de înfrângere în confruntarea cu un congener. Ambele inhibă agresivitatea predatorului sau a atacatorului făcând ca individul să supravieţuiască. Aceste comportamente au fost comparate cu inhibiţia bradipsihică şi retractilă a oamenilor după o înfrângere într-o confruntare sau un eşec. Noi considerăm că în aceste cazuri retragerea depresivă e o consecinţă a demoralizării a nereuşitei cu scăderea stimei de sine. Dar retragerea depresivă inhibată este şi adaptativă, ea favorizând nu doar refacerea energetică ci şi reorganizarea proiectelor şi planurilor de viitor, pentru acţiuni cu o mai bună evaluare a realităţii date şi a propriilor posibilităţi de acţiune. De fapt, în biologie, întreaga perioadă de inhibiţie şi metabolism redus din hibernare e adaptativă, subiectul putând astfel supravieţui reducerii resurselor şi condiţiilor fizice ale vremii. După cum e adaptativă şi retragerea şi repausul în urma unei răniri sau a unei boli, tot pentru perioada refacerii.

Desigur, argumentele de mai sus nu sunt suficiente pentru un model care să stea în spatele depresiei umane. Dar psihologia evoluţionistă are o abordare mai largă care nu ignoră modificările profunde pe care procesul personogenezei l-au

produs în psihismul uman. Pe parcursul acesteia omul şi-a dezvoltat funcţiile executive – procesul cognitiv de iniţiere şi realizare a unei acţiuni cu scop -, în corelaţie cu producerea de unelte. Şi, de asemenea, "creierul social" şi cogniţia socială. Adică capacitatea de a recunoaşte figura umană în general, apoi figura persoanei de îngrijire, realizarea între 8 luni şi 3 ani a unui ataşament cu mama prin care imagoul acesteia este "introjectat" astfel încât devine parte componentă a propriului psihism; astfel încât la 3-4 ani copilul poate sesiza intuitiv intenţiile altuia în situaţie (capacitatea de metabolizare sau Theory of Mind). Se pune baza astfel, ontogenetic, unui psihism care se bazează pe un ataşament intim cu altul apropiat şi comunicarea variată cu alţii, în vederea cooperării şi comuniunii. În sfârşit, automatismul funcţiilor instinctive, care e susţinut de reţele neuronale transmise genetic – moduli psihocerebrali – se diferenţiază pe parcursul teleencefalizării, fiind înlocuit de un comportament ce ţine tot mai mult cont de modelarea situaţiei problematice actuale într-un plan metareprezentaţional, pe care sunt derulate şi evaluate scenarii probabiliste; iar trecerea la acţiunea efectivă constă în implementarea soluţiei pe care subiectul o considera optimă la un moment dat.

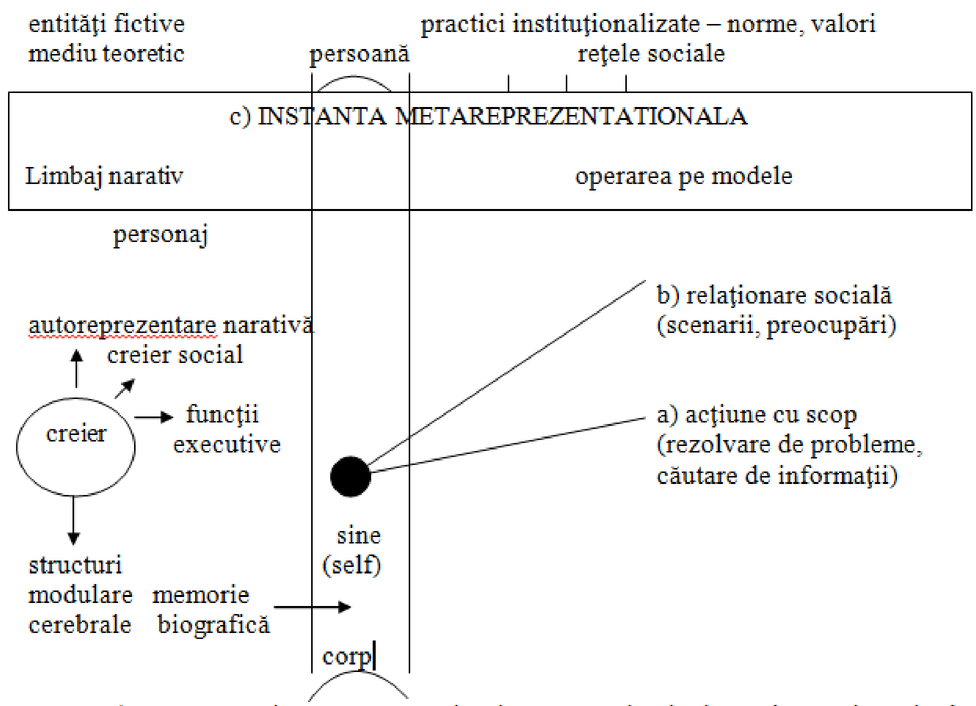
Atât funcţiile executive cât şi cogniţia socială şi metareprezentarea se bazează pe limbajul narativ critic şi evolutiv al omului, ce s-a dezvoltat mai ales în ultimii 150.000 ani; şi care, cel puţin în ultimii 70.000 ani i-a permis acestuia operarea pe realităţi fictive (zei, bani, norme, entităţi aritmetice). Subiectul ajunge astfel în ultimii 70.000 de ani nu doar capabil de comunicare transsituaţională (istorică şi la distanţă) ci şi de operare teoretică pe modele, în plan metareprezentaţional.

Se cere însă să revenim la dispoziţia depresivă care la om apare mai ales la pierderea a ceva semnificativ pentru persoană a unei fiinţe apropiate şi dragi, fapt care determină doliul. În raport cu aspectele invocate în biologie se cer acum menţionaţi o serie de factori specifici omului; şi în primul rând cei culturali

spirituali. La o înmormântare participă întreaga familie, rudele, cunoştinţele, oficiindu-se o slujbă religioasă.

**Chenar 6**

**Trei domenii specifice psihismului uman : acţiunea cu scop, relaţionarea socială şi metareprezentarea narativă**




a) Pe parcursul antropogenezei, odată cu producţia de unelte, se dezvoltă în neuropsihismul uman „funcţiile executive”, ce susţin realizarea unei acţiuni cu scop, în conformitate cu un plan.

b) Pe parcursul antropogenezei se dezvoltă funcţiile cogniţiei şi relaţionării interpersonal-sociale – „creierul social”, ce se corelează cu ataşamentul şi introjectarea imagourilor altora.

c) La homo sapiens se dezvoltă limbajul narativ critic ce menţine un „mediu teoretic” supraindividual în care se afirmă entităţi fictive, norme şi valori.

Comunitatea culturală are o reprezentare asupra existenţei omeneşti ce include viaţa de apoi spre care pleacă cel decedat. Iar cu această ocazie subiectul

îndoliat resimte că e integrat într-o comunitate spirituală care-l protejează respectându-i perioada oficială de doliu.

În alt plan, pierderea unei persoane apropiate înseamnă o reală amputare psihologică. Căci, aşa cum s-a menţionat deja, încă din perioada de sugar, copilul uman ce se naşte prematur (după modelul K de transmitere genetică, cu copii puţini şi investment parental amplu) creşte şi îşi maturează creierul alături de intimitatea mamei pe care o percepe ca pe o realitate protectoare începând cu 18 luni. Se trece apoi prin diverse etape, la 18 luni copilul putându-se recunoaşte în oglindă şi imita o persoană neprezentă. Pentru ca la 3-4 ani să se instituie capacitatea mentalizării. Acum se încheie şi procesul de ataşament prin care imagoul mamei introjectat ajunge să-l susţină pe copil din "interiorul" său. Ulterior, pe parcursul vieţii de adult oricine ajunge în poziţia de intimitate a ataşamentului, se contopeşte cu psihismul subiectului într-o relaţie duală. Astfel încât, dacă moare cineva apropiat de care subiectul este foarte legat, realmente se poate spune că a fost "amputat" un organ al propriului psihism.

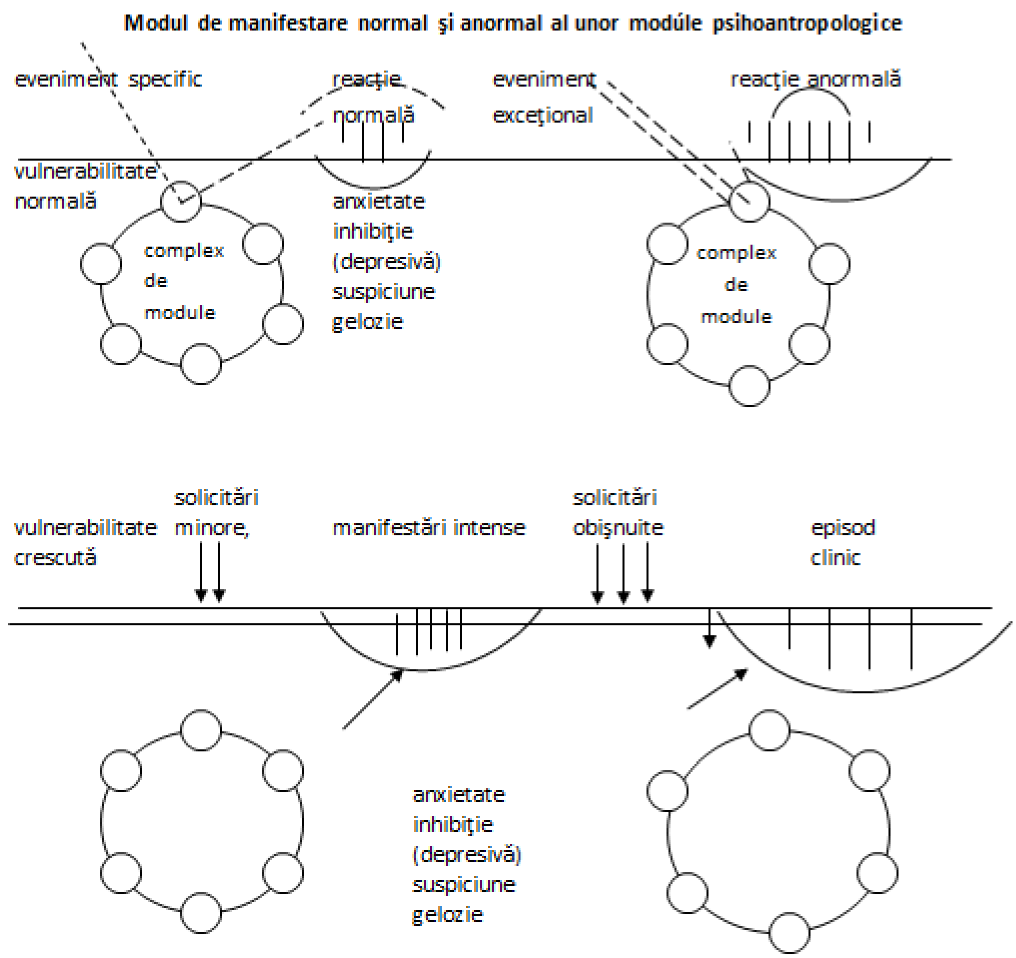
De aceea refacerea necesară în depresia de doliu – "travaliul de doliu" despre care vorbise Freud – durează ceva timp, până când rana reuşeşte să se cicatrizeze şi psihismul să se recontureze.

Faptul de a ajunge depresiv în urma unei pierderi şi mai ales a doliului e înscris în structura psihismului omenesc ca o reacţie necesară şi adaptativă de retragere temporară, la fel ca o oricărui om rănit sau bolnav; timp ce se cere respectat. Ea nu e determinată doar de semnificaţia evenimentului; ci de o perturbare "organismică", instrumentală (organ = instrument) a psihismului persoanei. Căci "a fi capabil de reacţie depresivă" e o caracteristică a anormalităţii psihice. Ceea ce urmează să clarifice psihopatologii se referă la tranziţia acestui modúl psihoantropologic, de pe poziţia de organ natural al reacţiei adaptative, în poziţia de organ a unei stări anormale.

Se cere acum ca perspectiva să fie puţin lărgită. Depresia este o dispoziţie afectivă ce poate fi des întâlnită la oameni, mai ales în condiţii de eşec sau pierdere. O altă dispoziţie afectivă, opusă, este euforia sărbătorească, o altă stare anxioasă. Ambele le putem reîntâlni în psihopatologie, în varianta sd. maniacal sau de anxietate generalizată. Ne vom opri puţin la ultimul, din perspectiva biopsihologică, evoluţionistă.

Ne putem imagina un tânăr ierbivor deplasându-se singur, departe de turmă, în căutarea hranei. În locuri necunoscute, prin zgomotele ce le aude, el poate resimţi potenţialitatea unui pericol. Astfel încât reacţionează cu o stare de alertă, prin care "se montează", în tensiune, organele perceptive, cele motorii, sistemul endocrin şi neurovegetativ, pentru a fi pregătit ca la nevoie să reacţioneze prompt pentru confruntare sau fugă. O astfel de stare de alertă o poate trăi şi omul, în condiţii similare. Dar dacă starea de vigilitate tensionată, hiperatentă la orice informaţie nouă, apare din senin, fără nicio condiţie care să o motiveze, putem vorbi de o stare de "anxietate generalizată". Orice subiect are la dispoziţie o astfel de "disponibilitate" de a se monta anxios, de câte ori e necesar. După cum el are la dispoziţie şi starea de euforie sărbătorească, ce se poate declanşa dacă ajunge într-o societate de prieteni ce se pregătesc de carnaval. Astfel de "disponibilităţi" de raportare pot fi variate, ca de ex. gelozia la indici de infidelitate a parteneri, sau suspiciunea de persecuţie din partea superiorilor, în anumite condiţii. Psihopatologia se alimentează din astfel de disponibilităţile de funcţionare normală ale psihismului persoanei. Care, în anumite condiţii, ajung într-o stare deficitară, simplificată, hipersensibilă la declanşare. Şi care se pot la un moment dat evidenţia la stimuli minori sau nesemnificativi, acaparând psihismul subiectului, subjugând întreaga viaţă psihică, decontextualizând-o. Şi astfel el devine, în mod maladiv, depresiv, anxios, maniacal euforic, gelos, delirant, paranoid).

Chenar 7




Pentru multe sindroame psihopatologice s-ar putea găsi puncte de plecare în disponibilitatea unor structuri funcţionale normale, adaptative, chiar creative. Asupra acestui lucru a atras atenţia perspectiva spectrelor maladive care a găşit în familiile celor cu tb. bipolară, maniaco depresivă, la rudele de gradul întâi, mai multe persoane creative – mai ales în domeniul artistic – decât (statistic) în populaţia generală. Iar în familiile autistului, mulţi ingineri şi matematicieni de vârf. Desigur, diferenţa între psihopatologie şi normalitate – cu atât mai mult performantă - este mare, mai ales în perspectivă complexităţii trăirilor ce se întreţes

cu problematica situaţiilor. Dar nici nu putem susţine că pentru depresie sau anxietate nu găsim în normalitate structuri funcţionale – deci organe – corfespunzătoare şi funcţionale adaptativ. Tulburarea psihică nu vine din nimic, ea modelează deformator ceea ce efectiv se află în alcătuirea psihismului uman. De aceea, "experimentul natural" al stărilor psihopatologice poate fi considerat şi ca un ghid care să ne călăuzească cu privire la alcătuirea acestuia. Ba mai mult, perspectiva evoluţionistă ne sugerează că în psihismul omului putem întâlni diverse straturi de tip "arheologic". Astfel de ex. este de aşteptat ca un comportament edificatore pentru starea de ruşine – aşa cum indica sd. senzitiv de relaţie – să nu fi apărut înainte ca omul să se aşeze în localităţi, diferenţiind pregnant comportamentul din spaţiul intim al casei şi cel public, din agora. Sau, modelul comportamentului pronunţat autocontrolat şi analizat introspectiv al obsesivului, ruminativ, să se fi dezvoltat în cultura creştină a Europei de după Renaştere; pe când manifestările spectaculare ale histeriei să se regăsească în culturi mult mai vechi.

Dacă privim depresia din perspectiva funcţiilor pe care le îndeplineşte ea în viaţa omului normal, aparent suntem în faţa une infinităţi de aspecte. Şi aceasta, chiar dacă o cantonăm la o condiţionare limitată, cu cea a pierderii. Şi aceasta în primul rând deoarece un om poate pierde felurite lucruri: bani, casa, prieteni, copii, soţia, sănătatea, locul de muncă, onoarea, idealurile, credinţa etc. De mii de ani tristeţea umană – e comentată de filosofi, poeţi, romancieri, dramaturgi, pictori, muzicieni, artişti ai filmului alături de medici psihiatri şi psihoterapeuţi. În Renaştere, când umoralismul antic s-a reactivat împreună cu doctrina astrologică a coborârii sufletului pe pământ, trecând pe lângă astre, Marsilio Ficino a dezvoltat la Academia neoplatoniceană din Florenţa doctrina înţeleptului saturnian melancolic, după formula Eclaziastului din Biblie, ce deplânge deşertăciunea lumii (Ficino era născut în zodia lui Saturn). Doctrina care l-a inspirat pe Cornelius Agtrippa şi pe Dürer în gravurile sale Melancholia I şi II. Aspectul psihopatologic

al trăirii depresive e desigur mai schematic, simplificator şi formalizat. Aşa cum s-a menţionat, în formula tipică e vorba de o inhibiţie retractilă centripată bradipsihică şi anergică, cu autovalorizare, hipertimie negativă, propensiune spre trecut şi nefiinţă. Depresivul părăseşte "prezenţa la prezent" fiind orientat doar spre sine, spre propriul corp şi trecut, spre ieşirea din existenţă. Aceasta e poziţionarea sa atitudinală faţă de lume, faţă de situaţie. Dar sunt posibile variante.

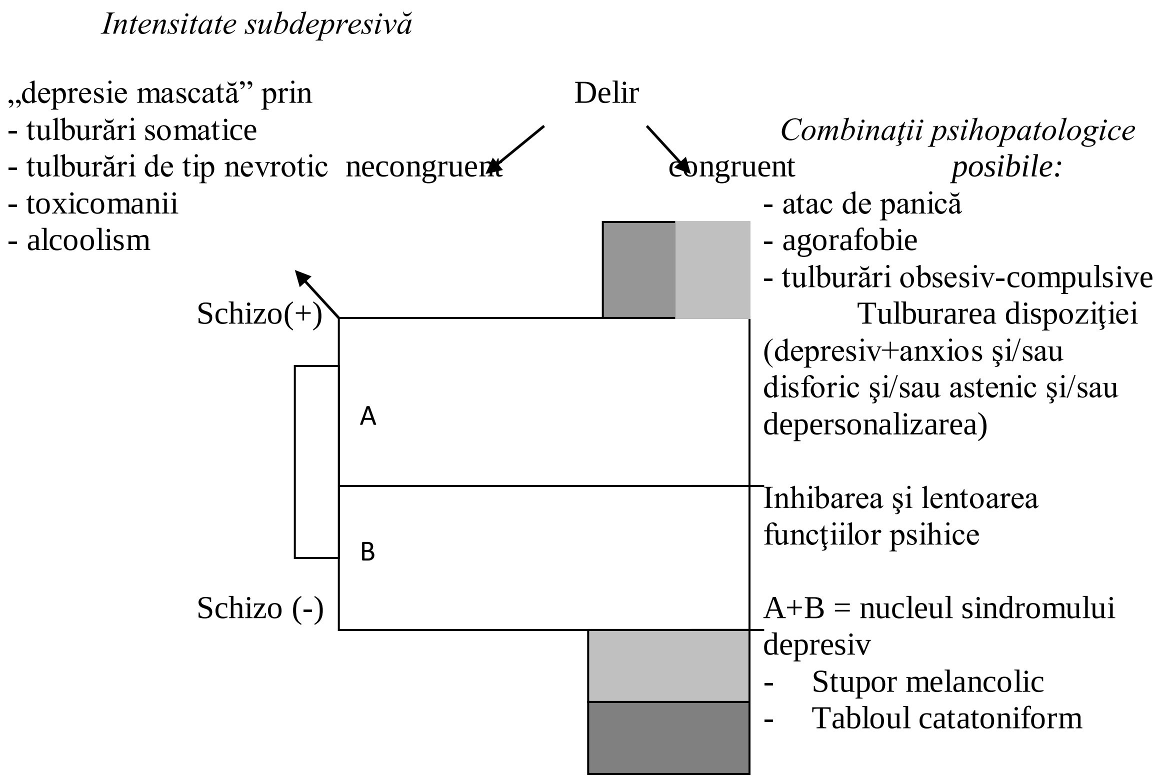
Una e adoptarea chiar a statutului de om mort, prin imobilitate, nerespondenţă la stimuli, refuz alimentar, în starea de stupor. Alta e plasarea în apropierea morţii, aşa cum o indică anxietatea majoră. Caz în care se manifestă o pronunţată nelinişte psihomotorie, cu imposibilitatea de "a sta locului". Sau, în prim plan trece ideaţia negativă delirantă a catastrofei şi suferinţei universale, aşa încât ajunge să-şi omoare altruist familia înainte de a se sinucide. Multiple alte poziţionări atitudinale anormale se pot apoi combina cu depresia, înainte ca ea să fie mascată.

Căci depresia poate fi, d.p.d.v. medical psihiatric, mascată. La oamenii în vârstă în prim plan poate trece scăderea funcţiilor cognitive: atenţia, memoria, procesarea rapida a informaţiilor în rezolvarea de probleme; astfel încât ajunge să se suspecteze o deteriorare demenţială incipientă. La adult, ea poate fi mascată de consumul de alcool. Suferinţa subiectivă depresivă anxioasă poate fi parţial anesteziată de consumul de băuturi alcoolizate. În consecinţă, cazul devine pentru cei din jur o problemă, aparentă, datorită addicţiei; până când el se sinucide. Depresia poate alterna cu dezinhibiţia maniacală în variante de intensităţi clinice sau subclinice. În fazele depresive se accentuează şi eventuala comorbiditate anxios fobică sau obsesiv compulsivă; iar în cele hipomaniacale, comportamentul impulsiv exploziv. Dar cea mai aparte mascare poate fi cea prin suferinţe somatice.

Din tabloul clinic obişnuit al tb. depresive fac parte inhibiţia apetitutului cu scăere semnificativă în greutate, insomnie de trezire, sentimentul anergic de

Chenar 8

**Macrosindromul depresiv clasic şi combinările sale obişnuite în cadrul configuraţiei (familiei) clinice depresive**




oboseală, lipsa de dispoziţie pentru activitate; dar şi creşterea sensibilităţii faţă de durere, cenestopatii (senzaţii corporale neplăcute în diverse zone), spasme pe organele interne, mai ales digestive (constipaţie) dar şi bronheole (astm) şi vascular (migrene). Pacientul e preocupat de ideea bolii şi prezentarea sa la generalist e însoţită de simptome obiective. În plus din sd. depresiei majore face parte efectiv o scădere a imunităţii cu creşterea ratei infecţiilor. Simptomele altor boli organice cronice se pot accentua în timpul depresiei. Iar vindecarea diverselor boli e mai dificilă şi datorită insuficientei colaborări a pacientului, care nu se transformă în co-terapeut activ, uită deseori să-şi ia medicaţia....sau chiar o neglijează voluntar.

Interferenţa între depresie şi boală în general trebuie privită şi din perspectiva riscului de moarte, prin forme indirecte de suicid : nerespectarea corectă a tratamentului sau regimului pentru boli cronice, utilizarea excesivă a medicaţiei, faptul de “a nu se mai lupta cu boala” etc.

Diagnosticul psihiatric ar putea fi tratat ca orice alt diagnostic medical, în general. Totuşi, în măsura în care el se centrează pe sindroame psihopatologice, medicul psihiatric intră în laboratorul sufletului pacientului său. Iar sufletul omului, psihismul său, dacă e să vorbim în general – este încă o necunoscută. Psihopatologia e şi o provocare pentru psihologie şi antropologie, de a se concentra pentru schiţarea unui profil adecvat al psihismului omului contemporan, crescut pe fundalul pe care le-a oferit biopsihologică, antropogeneza şi istoria culturală.

O psihopatologie descriptivă centrată pe sindroame nu poate fi decât o aventură interesantă pentru spiritul investigator.

*

*      *

În lucrare vor fi aduse în discuţie câteva mari sinddroame ale psihopatologiei, aşa cum sunt cele conflictual-interpersonale, cele anxios fobice, obsesiv compulsive, disociative, maniacale, depresive, delirante, halucinatorii, depersonalizante, deficitare, dezorganizante. Deci, nu multe arii semiologice, ci doar cele care s-au agregat ca stând la baza principalelor tulburări psihice specifice omului, pe care se străduieşte să le trateze medicina psihiatriei. Intenţia, deşi e predominent descriptivă, nu vizează atât susţinerea actualei nosologii psihiatrice, care va fi totuşi invocată continuu prin manualele DSM-5 (2013) şi Draft ICD-11 (2018); cât mai ales provocarea pe care această simptomatologie o ridica pentru o psihopatologie antropologică de referinţă, organizată în spatele persoanei conştiente socio-morale şi cunoscătoare, centrată prin sinele intenţional, reflexiv şi autogenerativ sintetic. Deci, luarea în considerare a stărilor psihopatologice ca experimente naturale care dezvăluie infrastructura acestui psihism. De aceea

interesul îl purtăm sindroamelor însăsi, şi nu etiopatogeniei lor, faptului ca eventual aceste sindroame apar şi în cadrul suferinţelor organic cerebrale sau a utilizării de substanţe psihoactive. În schimb, psihismul omului actual va fi privit în permanenţă ca rezultatul antropogenezei şi a istoriei culturale, a personogenezei ontogenetice realizate în mijlocul reţelelor sociale care angrenează subiectul în structurile practicilor (teoretice) instituţionalizate ale culturii sale istorice.

Nu credem că persoana umană a fost dintotdeauna aşa cum e acum; şi nici că va rămâne la infinit astfel constituită. Dar edificiul său actual, acela la care avem acum acces, ca rezultat al unei uriaşe deveninţe, îl putem cât de cât sonda şi pe aceasţă cale, a dramelor insuficienţei sale psihopatologice.

# 1. ADHD şi sindroamele externalizate agresive Tulburarea de personalitate şi psihopatia

Sistemele şi manualele actuale de descriere a tulburărilor psihice în vederea diagnosticării de tip DSM-5 şi ICD-11, încep cu un Capitol al tulburărilor neurodevelopmentale. Acesta nu era prezent în tratatele de la începutul sec.XX, perioadă în care psihiatria se centra pe o cazuisticăazilară iar interesul pentru psihopatologia stărilor infanto juvenile era redus. Preocupările faţă de tb.psihice ale copilului s-au dezvoltat însă progresiv în a doua jumătate a sec. XX, în special în cadrul unei specialităţi de neuropsihiatrie infantilă,fapt ce se explică prin strânsa interferenţa între aceste tulburări cu dezvoltarea creierului. Ulterior psihiatria infanto juvenilă şi-a câştigat independenţa, comentând în primul rând patologia ce se manifestă pentru prima dată la această vârstă, blocând, întârziind sau fragilizând dezvoltarea psihică armonică a copilului. Aşa e de ex. deficienţa mentală, tb. de achiziţie ale scrisului şi cititului. Ulterior au fost studiate şi tulburări deja identificate la adult precum anxietatea sau obsesionalitatea, învarianta lor incipientă la vârstele timpurii; şi, evoluţia lor ulterioară la vârsta adultă. La sfârşitul sec.XX s-a conturat perspectiva psihopatologiei developmentale, care urmăreşte manifestările psihice deviante în corelaţia lor cu funcţionarea neuropsihică normală şi cu influenţele mediului uman ambient, de la naştere, de-a lungul ciclurilor vieţii, până la vârsta a treia.

**1.1. ADHD.** Patologia psihică ce apare prima dată la vârsta infanto juvenilă şi-a impus treptat tot mai mult specificitatea. În plus, ea e relevantă şi pentru evidenţierea infrastructurii psihismului omenesc, a dependenţei acestuia de funcţionarea creierului; dar şi de problematica generală a ontogenezei şi filogenezei psihismului uman. Privind din această perspectivă vom începe comentarea sindroamelor psihopatologice cu unul ce apare în copilărie – ADHD. Acest sindrom se referă la o pronunţată disfuncţie a concentrării şi persistenţei

atenţiei, ce se manifestă ca superficială şi distractibilă; iar în acelaşi timp se exprimă o continuă stare de mişcare nedeterminată de un scop, dublată de izbucniri impulsive. Aceste manifestări externalizate sunt perturbatoare pentru ambianţa umană din jur.

## Tb. deficitului de atenţie cu hiperactivitate/impulsivitate ( Attention Deficit/HiperactivityDisorder – ADHD)

**Sindromul ADHD (în DSM-5) constă dintr-un pattern persistent de neatenţie şi/sau hiperactivitate/impulsivitate, mai frecvent şi mai sever decât se observă la copiii comparabili ca dezvoltare. Cel puţin unele simptome apar înainte de 7 ani şi persistă până la vârsta adultă. Simptomatologia trebuie să se manifeste cel puţin în două situaţii (de ex.acasă, la şcoală) şi să interfereze cu funcţionarea socială, şcolară sau profesională.**

**Pentru diagnostic se cere prezenţa a 6 sau mai multe simptome din grupajul neatenţie şi din cel hiperactivitate/impulsivitate; manifestările trebuie să fie frecvente şi perturbabile.**

**<u>Neatenţia</u>. A) incapabil de a acorda atenţie detaliilor sau face erori prin neglijenţă în efectuarea temelor şcolare, la serviciu sau în alte activităţi; b) dificultăţi de a susţine atenţia asupra sarcinilor sau activităţilor de joc; c) adesea pare a nu asculta când i se vorbeşte direct; d) deseori nu se conformează instrucţiunilor şi e incapabil să termine temele, sarcinile, obligaţiile; e) are dificultăţi în organizarea sarcinilor și activităţilor; f) evită să se angajeze în sarcini care necesită un efort mintal susţinut; g) frecvent pierde lucruri necesare pentru diverse sarcini şi activităţi; h)e uşor distras de stimuli irelevanţi; i) este uituc privitor la activitățile cotidiene.**

**<u>Hiperactivitate/impulsivitate</u>: a) se joacă cu mâinile sau picioarele sau se foieşte pe loc; b) adesea îşi părăseşte locul în clasă sau în alte situaţii în care ar trebui să stea; c) aleargă sau se caţără excesiv de mult în situaţii în care acest lucru este inadecvat; d) are dificultăţi în a se juca în linişte sau în a se angaja în activităţi distractive; e) deseori e „în continuă mişcare” sau acţionează „ca şi cum ar împins de un motor”; f) vorbeşte excesiv de mult. (Impulsivitate); g) „trânteşte” răspunsuri înainte ca întrebările să fi fost complet formulate; h) are dificultăţi în a aştepta la rând; i) adesea întrerupe sau deranjează pe alţii (de ex. intervine în conversaţia şi jocul altora).**

Dacă am căuta în normalitate o împrejurare în care copilul are în mod normal şi adaptativ o atenţie mobilă, răspunzând la toţi stimuli noi şi în același timp se deplasează în permanenţă, ne putem gândi la perioada de după 1 an, când el investighează spontan ambianţa; se deplasează continuu, pune mâna pe obiecte și le manipulează, privindu-le atent pentru scurt timp, e atent la tot ce e nou pentru el. Această activitate exploratorie cognitivă e susţinută de un ataşament sigur, copilul împărtăşind cu mama privirile, care susţin investigarea.

Modelul infantil al investigării ambianţei e o etapă ontogenetică ce e apoi depăşită, integrată în alte modele mai complexe de raportare la mediul înconjurător, ce-i implică tot mai mult pe ceilalţi şi se desfăşoară urmărind scopuri. La adult informaţia se obţine din multe surse, inclusiv de la alte persoane şi din surse de date specializate. Dar, se mai poate face o trimitere, de data aceasta filogenetică, la perioada în care specia homo era în faza de culegător vânător.

Pentru omul acelor vremi, investigarea mediului înconjurător în vederea căutării hranei era pe atunci principalul model de raportare la natura ambiantă, el constând din deplasare şi o atenţie distributivă, realizată prin privire, pentru detectarea informaţiilor utile. E vorba de un comportament orientat spre căutarea noutăţii şi susţinut de o atitudine ergică şi stenică, subiectul fiind pregătit pentru acţiune, inclusiv pentru confruntare. Deci, e un comportament ce face parte dintr-un ciclu realizator adaptativ. Deşi simptomatologia ADHD reproduce doar o parte din acest model comportamental, ea ar putea fi totuşi interpretată – susţin psihopatologii evoluţionişti - şi ca afirmarea unei astfel de disponibilităţi arhaice de manifestare, pe care societăţile agricole şi cea industrial şcolară modernă nu o maicultivă. Mai ales civilizaţia ultimului veac, prin stilul învăţământulului şcolar generalizat şi ocupaţiile sedentare ale adulţilor, blochează manifestarea disponibilităţilor de explorare corporală ambientală. Astfel încât„schiţa” vechiului comportament s-ar manifesta uneori excesiv şi aberant în noua cultură, ca un “mismatch – genă/ambianţă”. Adică ca afirmarea unui model comportamental ce

era adaptativ într-un anumit mediu, dar nu mai este util într-un nou mediu cultural, în care el nu mai este adaptativ. Iar prin aceasta schiţa lui nu mai e preluată şi dezvoltată educativ de societate, astfel încât, devine un comportament aberant.

Sugestia psihopatologiei evoluționiste deşi nu poate fi invocată univoc,- fiind incriminaţi şi mulţi alţi factori etiopatogenetici - poate fi totuşi reţinută, necesitând însă câteva comentarii. Modelul comportamental al explorării ergice pentru descoperirea şi procurarea hranei, era de fapt orientat spre un scop, fiind integrat într-un proiect ce se realiza de obicei în colaborare. Pe când comportamentul din ADHD nu e încadrat în nici un proiect şi se desfăşoară solitar. Distributivitatea atenţiei făcea parte în acel model din procesul de investigare.Iar poziţionarea stenică – care ar putea explica impulsivitatea din ADHD – se corela cu aşteptarea unei confruntări cu vânatul. Înțeles astfel, comportamentul explorator al omului arhaic vânător, se corelează şi cu tensiunea anxioasă, astfel încât modelul său poate fi regăsit şi în anxietatea generalizată.Iar ADHD poate fi înţeles, până la un punct, ca o variantă deficitară a sa, în care obiectivul lipseşte, la fel ca şi partenerii. În plus, deficitul ADHD este de obicei corelat cu o disfuncţie a funcţiilor cognitive executive (F.E.) care susţin proiectele şi executarea unei acţiuni cu scop. Principalul deficit ar fi acum dificultatea de a organiza o acţiune proiectată. Dar omul a dezvoltat foarte probabil aceste funcţii în corelaţie mai ales cu producerea de unelte, care necesită o acţiune orientată spre un scop prefigurat de un model ce se cere reprodus; şi care e realizat apoi în condiţii motorii statice şi a unei atenţii concentrate. Perturbarea FE în psihopatologie va fi reluată odată cu analiza obsesionalităţii.

### 1.2. Tb.controlului impulsurilor, de conduită şi TP antisocială

Modul de manifestare <u>externalizat</u> al persoanelor cu ADHD în care copilul se află în permanentă mişcare fără a urmări nici un scop, nu doar că este neadaptativ pentru subiect; ci el e deranjant pentru cei din jur.

Chenar 9

## Funcţiile executive

Funcţiile executive (F.E.) a căror perturbare se întâneşte în ADHD şi alte tb. developmentalese referă la iniţierea şi coordonarea unei acţiuni cu scop, aşa cum ar fi acţiunea pragmatică ce realizează un produs, sau vorbirea ce transmite un mesaj. Ea e considerată, de asemenea, şi ca unul din principalele câştiguri filogenetice, girate de cortextul prefrontal. Nu e vorba de o unică funcţie globală, ci de multiple funcţii definite operaţional şi prin teste; care însă toate participă la acelaşi obiectiv. În grupajul funcţiilor executive sunt menţionate următoarele (cu diverse accente şi formulări din partea cercetătorilor): - A genera, a iniţia comportamente orientate spre scop; - A planifica şi organiza atingerea scopului prin etape succesive; sau, altfel spus, a rezolva o problemă într-un mod organizat, strategic; - A menţine atenţia asupra scopului, concomitent cu flexibilitatea atenţiei spre noutăţile contextuale; şi, cu reorganizarea la nevoie a strategiei; - A coordona comportamentul printr-o continuă ("online") informaţie asupra desfăşurării sale în context (=memoria de lucru) şi bazându-se pe informaţia inversă (feed-back), care evaluează etapele parcurse; - A îndepărta impulsurile şi tendinţele comportamentale care deviază de la obiectiv; precum şi toate perturbările ("zgomotele") ce apar pe parcurs; - A evalua finalizarea obiectivului şi consecinţele sale.

Analiza F.E. a condus la mai multe modele conceptuale, care încearcă să sistematizeze teoretic diverse rezultate obţinute prin studii sectoriale bazate pe testări experimentale. Unul din aceste modele, analizând F.E. din perspectiva comportamentului motor, a condus la sugestia a două nivele:

- Nivelul controlului schemelor comportamentale standardizate, care pot fi declanşate şi inhibate (Entention Scheduling - ES);

- Nivelul supervizării atenţionale (Supervision Attention System – SAS) care se desfăşoară la un nivel conştient şi implică : planificarea, decizia, atenţia faţă de comportamentele cu dificultăţi tehnice, faţa de împrejurări nescunoscute şi noi etc.

S-a subliniat că în cazul F.E. e important să se aibă în vedere în mod principal un "centru executiv" de supervizare, care e corelat neîntrerupt tot timpul cu obiectivul de atins; şi în jurul căruia se organizează desfăşurarea acţiunii. Faptul se realizează prin două din principalele funcţii executive; menţinerea atenţiei fixată asupra scopului; şi, mai ales, "memoria de lucru", care menţine "online" informaţia "feed back" privitoare la progresul acţiunii spre obiectiv. Se realizează astfel un ″câmp al acţiunii″, această metaforă facând trimitere la coeziunea ce se realizează în cadrul unui câmp gravitaţional.

Tulburări ale F.E au fost întâlnite, pe lângă autism şi în alte tulburări neurologice şi psihice ca deficienţe intelectuale, ale controlului motor, ale învăţării, ADHD, tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC), schozofrenie, tulburări dispoziţionale şi anxioase, etc. În schizofrenie ele sunt incluse printre ″tulburările neurocognitive″ ce se evaluează (Keefe, 2004) prin teste psihologice ce cuantifică: vigilenţa şi atenţia, învăţarea audioverbală şi vizuală, raţionamentul şi rezolvarea problemelor, viteza procesării informaţiilor, fluenţa verbală, memoria imediată, de lucru (working memory).

F.E. au fost conceptualizate şi studiate mai ales în legătură cu acţiuni secvenţiale ţintite, situaţionale, aşa cum ar fi: realizarea unui produs, comunicarea unui mesaj, rezolvarea unei probleme conjuncturale sau teoretice. Raportarea active a subiectului la lume presupune însă şi proiecte de lungă durată, de luni sau ani de zile, în care sunt incluse multe etape secvenţiale. Astfel de proiecte pe lângă centrarea pe un obiectiv realizator – o opera, o performanţa etc., pot avea în vedere şi clarificarea unor probleme identitare şi relaţionale (de ex. sunt sau nu bolnav, frumos şî prezentabil, înşelat de partener etc.) Schema generică a comportamentelor ce vizează un obiectiv este aceeaşi ca în cazul menţionat la început al F.E.. Stilul şi perturbările la nivelul acţiunilor – proiectul va fi comentat la nivelul patologiei obsesionale.

Totuşi ceilalţi nu sunt vizaţi direct de expresivitatea cvasiinvestigatorie instabilă a copilului. Cei cu ADHD nu exprimă în mod direct agresivitate faţă de alţii;iar reacţiile lor impulsive nu-i vizează în primul rând pe ceilalţi. De aceea, această modalitate de raportare la ambianţa se cere comparată cu alte tulburări a căror debut e tot la vârsta infanto juvenilă, care se manifestă tot externalizat, dar şi agresiv faţă de alţii şi ambianţa umană din jur, mai ales prin izbucniri impulsive agresive şi explozive; iar maitârziu chiar prin acte deliberate. E vorba de câteva categorii comentate în DSM-5 mai ales în Cap.**Tulburările disruptive ale controlului impulsurilor şi conduitei.** Prezentarea la acest nivel a acestor categorii, care sunt toate în mare măsură externalizate, e importantă nu doar datorită comorbidităţii lor crescute cu ADHD; ci şi pentru că la acest nivelse evidenţiază importanţa în psihopatologie a tb. relaţionale şi a celor dispoziţionale. Aceste tb. sunt (în DSM-5): Tb.opoziţionist provocatoare, Tb.explozivă intermitentă; Tb. dereglării dispoziţionale disruptive; (singura care e plasată în altă clasă, cea a tb. depresive); Tb. de conduită (ale copilului); Tb. de personalitate antisocială (a adultului). Ultima categorie e plasată şi în clasa Tb. de personalitate (ale adultului) şi comportă unele comentarii distincte.

**<u>Tb. opozitiv-provocatoare</u> (Oppositive Defiant Disorder – ODD)se referă la un pattern comportamental cu dispoziţie iritabilă supărată (grief) şi argumentare fidătoare sau vindicativă, ce se manifestă timp de peste 6 luni,**

**vizând cel puţin o persoană care nu e rudă apropiată. Pentru diagnostic e necesară prezenţa a cel puţin 4 itemi din următorii: Dispoziţie iritabil/supărată: 1) îşi pierde des controlul (firea); 2) uşor se simte atins, deranjat; 3) deseori se simte ofensat şi înfuriat. Comportament argumentativ sfidător : 4) deseori intră în confict cu adulţii (dacă e copil sau adolescent) sau cu figuri ale autorităţii publice; 5) în mod activ şi provocator refuză să respecte regulile şi figurile autorităţii; 6) deseori şi în mod deliberat îi deranjează pe alţii; 7) deseori îi blamează pe alţii pentru greşeli şi comportament greşit. Vindicativ : 8) se manifestă plin de răutate şi vindicativ (cel puţin de două ori în ultimele 6 luni).Tb. de manifestă predominent în relaţie cu anumite persoane şi locaţii.**

**Tb.explozivă intermitentă (Intermitent Explosive Disorder – IED)se manifestă prin izbucniri comportamentale ce exprimă pierderea controlului asupra impulsurilor agresive. Simptomatologia cuprinde : 1) agresiuni verbale (izbucniri, tirade) sau agresiuni fizice (împotriva proprietăţii, animalelor, indivizilor) ; Dacă e fără distrugeri sau leziuni, ea trebuie să se manifeste cel puţin de 2 ori/săptămână mai mult de 3 luni. Dacă manifestările comportamentale sunt cu distrugeri şi lezarea altora pentru diagnostic ajung 3 manifestări în 12 luni.Magnitudinea comportamentului agresiv depăşeşte proporţia provocării; actele nu sunt premeditate şi nu urmăresc obţinerea de bunuri.**

Tulburările psihice care sunt incluse în categoriile menţionate se cantonează la nivelul relaţionării interpersonale, initial între copil şi adult şi cei ce-l îngrijesc. Ele derivă din comportamente ce se întâlnesc şi în normalitate, fiind studiate de psihologia relaţionării şi caracterizării interpersonale. În aceste cazuri psihopatologia nu a introdus niciun “termen tehnic” psihiatric.

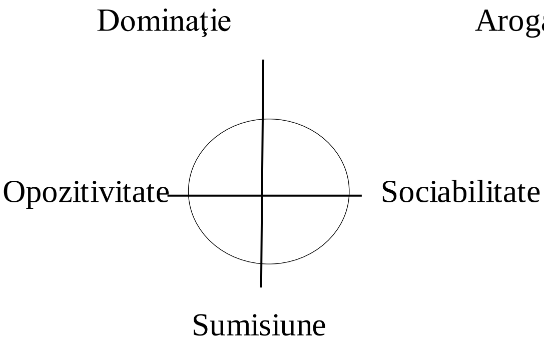
Tb.opozitivprovocatoare se caracterizează printr-un comportament iritabil, reactiv, exploziv, vindicativ, sfidător, pe fondul unei dispoziţii disforice. El poate apare din perioada preşcolară dar şi în adolescenţa. Deseori precede tulburările de conduită ce apar precoce; dar, reprezintă şi un risc pentru tb. anxioase şi depresive. Ca adulţi, cei ce au avut tb. opozitiv provocatoare în copilărie mai pot prezenta tb. de adaptare, incluzând comportament antisocial, probleme de control a impulsurilor, abuz de substanţe.

Chenar 10

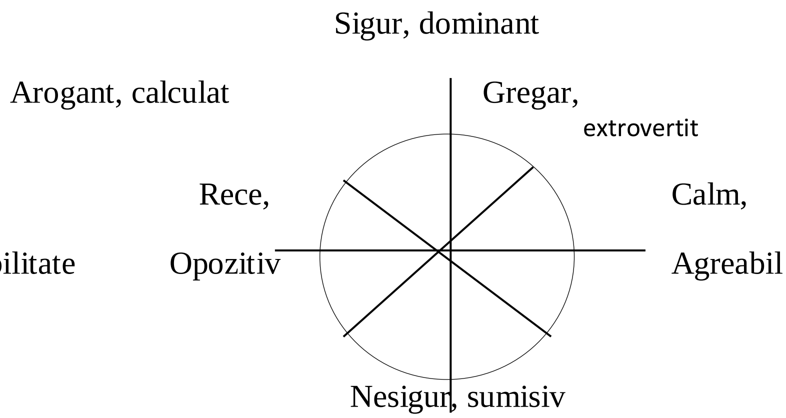
**Modalităţi de relaţionare interpersonală şi dispoziţională**

În ultima parte a sec.XX s-a dezvoltat predominent în SUA, un domeniu de cercetare a relaţionărilor interpersonale şi a etichetărilor (Leary, Kiskal, Wiggins) care a condus la modelul circumplexului epitetelor interpersonale inspirat din circumplexul lui Bakan, utilizat în psihosociologia animală.

**Circumplexul Bakan**




**Circumplexul epitetelor interpersonale**




În cadrul tb. Disruptive a controlului impulsurilor şi conduitei pe care o urmărim în conformitate cu DSM-5 relaţionarea e predominent ostilă, opozitivă, de confruntare provocatoare, o tensiune interpersonală cu încărcătură agresivă. Fondul dispoziţional e unul iritabil, disforic, cu tendinţe explozive de lipsă a controlului impulsional şi comportamental. Subiectul se simte foarte uşor frustrat, neîndreptăţit etc

Se cere făcută o distincţie între dispoziţie şi comportamentul interpersonal. În cazul tulburărilor dispoziţionale disruptive se consideră că predomină o dispoziţie depresivă, iritabilă, manifestările explozive fiind secundare. În schimb, la copiii cu tb. de conduită, comportamentele agresive pot să se desfăşoare pe un fond dispoziţional rece afectiv, indiferent faţă de alţii şi chiar faţă de sine. Iar în tb. de personalitate antisociale se pot întâlni cazuri (similare psihopatului lui Cleckley) care au un farmec personal deosebit prin care îşi seduc victimele pe care le exploatează.

Agresivitatea umană a fost împărţită în două subtipuri: proactivă şi reactivă (Doge and Cole, 1987). Agresivitatea proactivă e instrumentală şi deliberantă (controlled–instrumental–predatory aggression); iar cea reactivă e emotivă, atribuită intenţiilor ostile ale altora (impulsive–hostiles–affective–aggression). În tb. opozitiv provocatoare predomină agresivitatea proactivă; dar e prezentă şi cea reactivă, ce indică o vulnerabilitate ce se poate mai târziu valida prin stări anxioase şi depresive.

Tb.explozivă intermitentă constă în reacţii agresive disproporţionate, verbale şi comportamentale, ce apare intermitent. Ea e diagnosticabilă după vârsta de 6 ani.Dg. poate fi adiţional faţă de ADHD, tb. opozitiv provocatoare, tb. de conduită sau tb. din spectrul autist. E mai frecventă în adolescenţă; durează de obicei câţiva ani. Rareori apare prima data după 40 ani.

Tb. explozivă intermitentă exprimă şi ea un insuficient control a pulsiunilor agresive şi o dispoziţie iritabilă şi asertivă faţă de alţii, care poate fi fundată temperamental. Prin simetrie s-ar putea avea în vedere, la un pol opus, copiii şi tinerii retraşi şi timizi, “sperioşi”, care caută mereu protecţie, simţindu-se vulnerabili şi temându-se de agresiunile altora. Aceştia sunt mai predispuşi ulterior spre anxietate socială şi tb. de personalitate evitantă.

Atât în cazul tb. opozitiv provocatoare cât şi în cel al tb. explozive intermitente, contrarietatea faţă de alţii şi autoritate nu e însă tematizată, ca în atitutudinea de permanentă suspiciune a celor cu tb. de personalitate paranoidă. Sau, mai elaborat, în delirul paranoid în care subiectul e convins că este un personaj aflat sub supravegherea şi persecuţia unor instanţe ostile; deci, că e cuprin într-un scenariu aberant.

**Tb. dereglării dispoziţionale disruptive (Disruptive Mood Disorder – DMO)e centrată pe o patologie dispoziţională iritabil/supărată, fiind plasată în clasa (spectrul) tb.depresive; existenţa unor episoade maniacale anulează diagnosticul.**

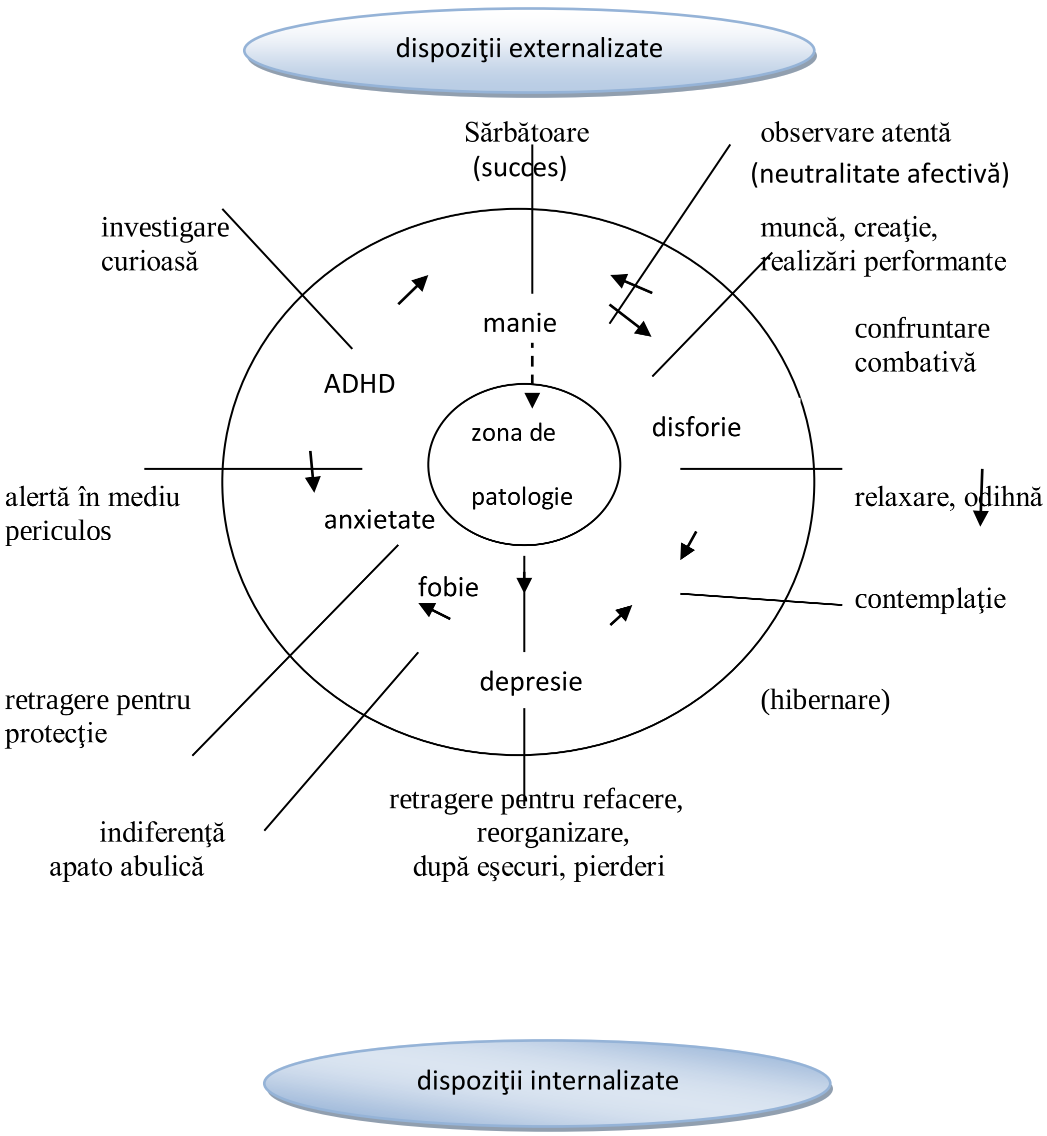
**Se manifestă între 6-18 ani prin prezenţa timp de cel puţin 12 luni a dispoziţiei iritabil supărată şi a unor izbucniri violente recurente: verbale (furii verbale) sau comportamentale (agresiuni fizice asupra proprietăţii sau a altor persoane).**

**Comportamentul agresiv e disproporţional faţă de situaţii şi frecvenţă (peste 3 ori/lună); el se manifestă în mai multe locaţii (acasă sau la şcoală cu colegii) chiar dacă e mai accentuat în unul din acestea.**

Categoria tb. dereglării dispoziţionale disruptive atrage atenţia asupra fondului dispoziţional, la nivel temperamental. Dispoziţia în general – şi cea afectivă în special – montează subiectul într-o anumită direcţie a raportărilor la situaţie şi alţii, îl poziţionează astfel încât el are în vedere anumite modalităţi de acţiune şi angajare conjuncturală. Dispoziţia exploratorie este una în care subiectul se orientează externalizat şi e montat ergic, pentru căutare şi realizarea unui obiectiv. Dispoziţie opozitivă beligerantă, iritabilă, este tot una externalizată şi activă, asertiv – agresivă, de confruntare cu alţii, de atac şi provocare, subiectul având iniţiativă.

Chenar 11

**Modalităţi dispoziţionale de raportare la situaţie**




Stările dispoziţionale se referă la deschiderea psihismului subiectului faţă de o situaţie actuală exprimând o poziţionare atitudinală în raport cu angajarea sa în aceasta. Aşa poate fi dispoziţia faţă de munca performantă, pentru confruntarea beligerantă, pentru odihnă, o dispoziţie anxios fobică de retragere sau o dispoziţie depresivă. Acestea se mixtează cu dispoziţiile afective.

Stările dispoziţionale de bază reprezintă fundalul pentru anumite moduri de relaţionare interpersonală aşa cum ar fi sumisiunea, solicitarea protecţiei, opoziţia combativă, care, de asemenea presupun o implicare dispoziţional afectivă.

Între stările dispoziţionale sunt unele fără implicare emotivă şi dispoziţional afectivă : subiectul e rece afectiv, indiferent faţă de alţii şi sine; uneori şi apato abulic.

O dispoziţie anxioasă – care e de comentat în cadrul tulburărilor anxioase – poziţionează însă subiectul într-o condiţie internalizată, a aşteptării încordate, a pregătirii pentru retragere, fugă, ascundere, evitare. Şi la fel, dispoziţia depresivă e una de tip internalizat, manifestându-se de obicei ca retragere, inhibiţie, detaşare de ambianţă., repliere pe sine.Există apoi o suită de dispoziţii externalizate, care şi ele sunt implicate în psihopatologie. Cazul dereglării dispoziţionale disruptive are în vedere o situaţia mai particulară, a subiectul care în același timp e iritat şi agresiv conflictual; dar şi depresiv, morocănos, nemulţumit, supărat. Nu e vorba de o depresie inhibată pronunţat internalizată ci de una tensionată, care se mixtează cu manifestări opozitive şi impulsive explozive. În principiu, depresia iritabilă morocănoasă şi agresivă e diferită nu doar de depresia inhibată, ci şi de cea anxioasă, care e şi ea neliniştită; cele două variante se pot combina în depresia disforică.

În Cap. <u>Tb.disruptive şi ale controlului impulsurilor</u> din DSM-5 este inclusă şi <u>Tb. de conduită</u>, ce poate apare precoce, înainte de 10 ani; dar cel mai des apare după 10 ani, în perioada adolescenţei. Ea se caracterizează prin comportamente în care drepturile de bază ale altora sunt încălcate, iar normele şi valorile corespunzătoare vârstei sunt violate. DSM-5 împarte aceste manifestări în 4 clase. Dispoziţia de fond este una aparte cu emoţii prosociale limitate.

**<u>Tulburarea de conduită (Conduct Disorder – CD)</u> se referă la un pattern de comportamente repetitive şi persistente ce apar înainte sau după 10 ani prin care sunt violate drepturile de bază ale altora, normele şi regulile de convieţuire în comun. Criteriile de dg.cer ca, cel puţin 12 luni să fie prezente 15 din următoarele criterii (cel puţin 1 din fiecare în ultimele 6 luni):**

- **Agresiuni asupra oamenilor şi animalelor: - deseori sare la ceartă, ameninţă sau intimidează pe alţii; - deseori iniţiază confruntări fizice; - fooseşte arme ce pot cauza seioase leziuni altora; -este fizic crud cu alte personae; - e crud cu animalele; - îl forţează sexual pe altul.**

- **Distrugerea proprietăţii: - e angajat deliberat în incendieri cu scopul de a cauza prejudicii serioase; - distruge în mod deliberat prorpietatea altora.**
- **Înşelăciune sau furt: - fură prin spargere din casă sau maşina altuia; - deseori minte pentru a obţine bunuri, valori fără a se confrunta cu victim.**
- **Violare serioasă a regulilor: - deseori pleacă de acasă noaptea împotriva regulilor impuse de părinţi; - pleacă de acasă pentru mai mult timp, locuind în alte părţi; - lipseşte frecvent de la şcoală.**

**În criteriile de diagnostic se specifică şi date asupra dispoziţiei afective: - Cu limitarea emoţiilor prosociale, cel puţin 12 luni, în multiple relaţii şi locuri; şi care reflectă funcţionarea interpersonală şi emoţională a subiectului. Se reţine:**

- **Lipsa remuşcărilor şi a sentimentului de vinovăţie. Individul nu dă importanţă consecinţelor negative ale acţiunilor sale;**
- **Este rece afectiv, lipsit de empatie. Nu-l interesează ceea ce simte altul. E nepăsător; E concentrat mai mult asupra efectelor pe care actele sale le are asupra sa decât asupra altora, chiar dacă le pricinuieşte rău.**
- **Este neinteresat de performanţele sale, chiar dacă sunt scăzute, atât la şcoală cât şi la muncă. Nu face eforturi pentru a avea rezultate bune, chiar dacă îi blamează pe alţii că au performanţe proaste.**
- **Are afecte superficiale sau deficitare. Nu exprimă afecţiune sau emoţii pentru alţii decât în manieră nesinceră sau dacă urmăreşte un profit.**

Felul în care e caracterizată dispoziţia afectivă a celor cu tulburare de conduită ar putea fi încadrată într-o variantă aparte de atitudine dispoziţională faţă de lume, cea a indiferenţei. Dar atitudinea indiferenţei poate avea mai multe variante. Astfel ea poate fi globală, faţă de lume în ansamblu, faţă de alţii şi de sine, aşa cum se întâlneşte în  schizofrenia deficitară apato abulică; precum şi –la tulburarea de personalitate schizoidă, desigur într-o măsură mai mică. În cazul tulburării de conduită şi a tulburării de personalitate antisocială întâlnim doar o indiferenţă anemotivă şi lipsită de rezonanţă faţa de alţii, în condiţiile în care

interesul faţă de lume şi sine se păstrează, subiectul fiind capabil de interese egoiste şi acţiuni complexe de manipulare a celorlalţi. El manifestă lipsă de remuşcare şi sentimente de vinovăţie; e rece afectiv, lipsit de empatie; şi în plus, poate fi indiferent şi faţă de propriile performanţe. Afectele sunt superficiale sau deficitare.O anumită răceală afectivă anemotivă – mai ales ca absenţa emoţiei de frică – poate fi o trăsătură personalistă care e utilă în unele profesii riscante.

În Cap. Tulburări disruptive ale controlului impulsurilor şi conduitei mai sunt incluse două tulburări tradiţionale care au etichete psihiatrie: pyromania şi cleptomania. Precum şi tulburarea de personalitate a adultului.

**Pyromania se caracterizează prin punerea de foc (incendiere) şi aprinderea deliberate, impulsivă; e precedată de o stare de tensiune, ce se descarcă prin act. Există tendinţa de repetare.**

**Subiectul este interesat, fascinat, curios, atras de foc şi de incendiu, situaţii care-i crează satisfacţii.**

**Se exclud răzbunarea, acţiuni socio politice sau alte tb.mentale.**

**Kleptomania se caracterizează prin stări recurente în care subiectul nu poate rezista impulsului de a-şi însuşi obiecte străine de care nu are nevoie şi care nu reprezintă pentru el o valoare monetară.**

**Actul este precedat de tensiune; iar după comitere urmează o stare de descărcare, de detensionare pozitivă.**

**Comportamentul nu se datorează altor tulburări mentale.**

**Tulburarea de personalitate antisocială se caracterizează în DSM-5 prin:**

**Un pattern persistent şi inflexibil de atitudini şi comportamente care neglijează sau violează drepturile altora, care se manifestă după 18 ani (dar au avut unele simptome de tb. de conduită înainte de 15 ani), şi constă în cel puţin 3 din următoarele:**

**1. Incapacitatea de a se conforma normelor sociale în legătură cu comportamentele legale indicată de comiterea repetată de acte care constituie motive de arest;**

**2. Incorectitudine, indicată de minciuni repetate, recursul la alibiuri, manipularea altora pentru profit sau plăceri personale.**

**3.Impulsivitate sau incapacitate de a face planuri.**

**4. Iritabilitate şi agresivitate, indicată de confruntări (bătăi) sau atacuri corporale repetate;**

**5. Neglijenţă nesăbuită pentru siguranţa personal sau a altora;**

**6. Iresponsabilitate considerabilă, indicată prin incapacitate repetată de a avea un comportament consecvent în muncă ori de a-şi onora obligaţiile financiare.**

**7. Lipsa de remuşcare, indicată prin indiferenţă ori prin faptul de a justifica de ce a făcut să sufere, a maltratat sau a furat de la altul.**

Caracterizarea tb. de personalitate antisocială din DSM-5 include manifestări disruptive impulsive ca cele care au fost comentate în perioada developmentală (3-impulsivitate; 4-iritabilitate, agresivitate) precum şi manifestări incluse în dg. Tb. de conduită a copiilor şi tinerilor (2-incorectitudine, minciună; 7-lipsă de remuşcare). Dar spectrul manifestărilor e mai larg, incluzând şi neglijenţa faţă de siguranţa altora (de ex. a propriilor copii), neonorarea obligaţiilor financiare etc. De fapt, e vorba de un diapazon infracţional larg, ce include înşelăciunea (excrocheria), abuzarea şi exploatarea crudă a altora, comportamente sadice etc. Cazuistica penitenciară, în care se găsesc multe persoane cu astfel de diagnostic, indică cazuri de omoruri planificate cu sânge rece, de criminali în serie, sadici, precum şi de persoane care-şi planifică foarte riguros nu doar acţiunile infracţionale ci şi aparenta lipsă de culpabilitate, construind conjuncturi astfel încât vina să cadă pe alţii.Cazuistica de acest tip intră şi în clusterul denumit tradiţional „psihopatie”, în tradiţia descrierilor iniţiale ale lui Cleckley. În discuţie nu e doar aspectul dissocial şi infracţional, ci şi cel psihologic, din perspectiva anafectivităţii relaţionale, a cruzimii sadice, a egoismului hedonic, a seducerii şi manipulării altora, construiri de scenarii care să-l dezvinovăţească etc. Astfel de aspecte psihopatologice ne conduc mult mai departe decât aspectul „externalizat” a

cazuisticii de comportament investigator, disruptiv impulsiv, exploziv. De aceea se va comenta separat problema tb. de personalitate şi a clusterului psihopatiei.

### 1.3.Tulburările de personalitate ale adultului

Actualele sisteme de clasificare şi diagnostic a tb. psihice cuprind un capitol aparte care se referă la tb. de personalitate. E vorba de persoane care-şi desfşoară viaţă curentă în mijlocul colectivităţilor dar au o structură caracterială şi un comportament deficitar, aparte, excentric, care condiţionează o integrare socială dificilă, repetate probleme relaţionale şi deseori încălcări ale normelor legale şî morale. Această cazuistică s-a regăsit mereu printre oamenii marginalizaţi social şi infractori. Dar tulburările de personalitate se pot însoţi şi de un bun intelect iar uneori de creativitate. În mare parte din cazuri, modelele comportamentale sugerează asemănări cu simptomatologia unor tulburări mentale, motiv pentru care psihiatrii s-au interesat de la un moment dat de această cazuistică, iniţial sub eticheta de psihopatie.

În sec.XIX se citează comentariul psihiatrului englez Pritchard (1835) privitor la „moral insanity” într-o perioadă în care în Germania s-a dezvoltat o psihiatrie morală şi o doctrină a degenerescenţei. Conform acesteia cauza bolilor mentale ar fi păcatul, viciul, abuzul de alcool, sexualitatea, actele imorale; iar cei ce păcătuiesc au urmaşi taraţi fizic şi moral care adâncesc de-a lungul generaţiilor originar. În Franţa, spre sfârşitul sec.XIX au fost descrişi „degeneraţi superiori”, persoane cu intelect bun dar cu multiple disfuncţii psihice, comportamentale, morale. La sfârşitul acestui secol s-a impus doctrina lui Lombroso cu privire la criminalul înnăscut, identificabil după aspectul corporal. Iar Kraft-Ebing a publicat lucrarea sa privitoare la psihopatia sexuală, în cadrul căreia descria sadismul, masochismul şi alte perversiuni.

Sistemul nosologic al lui Kraepelin constituit la sfârşitul sec.XIX, descrie şi el personalităţi psihopate, ca expresie a degenerescenţei şi în corelaţie cu celelalte

boli psihice. În ediţia din 1904 sunt identificate 4 tipuri: mincinosul patologic şi escroc, criminalul impulsiv, criminalul profesionist şi vagabondul morbid. Ediţia din 1915 cuprinde două clase: cazuri cu tulburări comportamentale: excitabilul, instabilul, impulsivul, excitatul, mincinosul şi escrocul, antisocialul şi certăreţul; şi – cazuri cu dispoziţii morbide impulsive, obsesive şi deviaţii sexuale.

În prima jumătate a sec.XX Schneider publică o carte privitoare la personalităţile psihopate în care consideră această clasă de persoane ca variante caracteriologice extreme – dar nu ca boli psihice – care din cauza particularităţilor lor suferă şi fac pe alţii să sufere. Schneider a descris 10 tipuri dar fără a folosi termeni psihiatrici. Aceste persoane sunt mai predispuse de a realiza reacţii comprehensibile anormale (erlebnisreaktion), care se pot cumula intrapsihic conducând spre stări de tip nevrotic.

Persoanele cu comportament excentric amoral şi dissocial au fost abordate în lumea anglo saxonă din perspectiva sociopatiei şi anetopatiei. O lucrare de referinţa în acest sens a fost cea lui Cleckley „The mask of sanity”.

După cel de al doilea război mondial sistemele de clasificare ce s-au dezvoltat în plan internaţional au cuprins şi categoria tulburărilor de personalitate, apropiind aceste cazuri de patologia psihiatrică. Orientarea s-a concretizat odată cu sistemul american DSM-III (1980) de orientare neokraepeliană şi pozitivistă. Tipologia a fost în mare preluată de la Schneider dar apropiată de patologia psihiatrică utilizându-se o terminologie specifică acesteia. DSM-III a introdus şi un sistem de diagnostic pe axe care diferenţiază tulburarea episodică de cea persistentă. Prin aceasta interesul faţă de tulburările de personalitate care se clasau pe axa a II-a a crescut spectaculos.

În ultimii atât sistemul DSM-5 cât şi ICD-11 păstrează această categorie. Dar manualul american a renunţat la diagnosticul pe axe; iar ICD-11 a renunţat la descrierea tipologică explicită. În plus, în DSM-5 s-a introdus un sistem alternativ de diagnostic pentru 6 tipuri, orientată dimensional şi nu categorial.

În continuare se vor prezenta, rezumativ, caracterizarea tb. de personalitate şi a tipurilor de TP din DSM-5.

**Tulburările de personalitate ale adultului (TP)**

**<u>Tulburarea de personalitate</u> (TP) e în DSM-5 o categorie diagnostică ce are în vedere persoane ce prezintă o configuraţie de comportamente şi trăiri ce deviază în mod marcat de la expectaţiile culturii în care individul trăieşte. E vorba de persoane ce se caracterizează prin disfuncţii cognitive (perceperea sinelui, a altora şi a evenimentelor), afective (privitoare la intensitatea, labilitatea şi adecvarea răspunsurilor emotive), a funcţionării interpersonale şi a controlului impulsurilor.**

**Sunt avute în vedere 10 tipuri grupate în 3 clustere: A. (persoane ciudate, excentrice) : paranoidul, schizoidul, schizotipalul; B. (persoane dramatice, instabile, emoţionale): antisocialul, marginalul („borderline”), histrionicul, narcisistul; C. (anxioşi, temători): dependentul, evitantul, obsesiv-compulsivul.**

**Ediţia DSM-5 (2013) propune şi o variantă alternativă, dimensională, de diagnostic a TP ce sunt caracterizate printr-un deficit (moderat sau sever) de funcţionare socială, în raport cu sine şi alţii, şi cu o raportare interpersonală perturbată, însoţite de trăsături caracteriale patologice. Deficitul se manifestă din perioada adultului tânăr o lungă perioadă a vieţii, fiind inflexibil şi persistent în variate contexte personale sau sociale; el nu se datorează altor boli mentale, organice sau addicţiei şi nu poate fi explicat prin ambianţa socio-culturală sau stagii speciale ale dezvoltării persoanei.**

**Deficitul funcţionării sociale se referă la raportarea la sine şi la alţii. Raportarea la sine are în vedere identitatea şi autodirecţionarea. Prin identitate se înţelege experimentarea propriei persoane ca fiind unică, cu limite clare în raport cu alţii; stabilitate a stimei de sine şi în autoapreciere, capacitate şi abilitate de reglare a experienţelor emoţionale. Autodirecţionarea se referă la capacitatea de a urmări în mod coerent şi semnificativ scopuri, pe termen scurt şi în perspectiva vieţii; şi, utilizarea unor standarde interne comportamentale constructive şi prosociale, o abilitate de autoreflectare productivă.**

**Raportarea interpersonală are în vedere empatia şi intimanţa. Empatia se referă la înţelegerea şi aprecierea experienţelor şi motivaţiilor altora;**

**toleranţa unor perspective diferite, înţelegerea efectelor propriului comportament asupra altora. Intimanţa are în vedere profunzimea şi durata conectării cu alţii; dorinţa şi capacitatea de apropiere faţă de alţii; mutualitatea reflectată în comportamentul interpersonal.**

**Trăsăturile psihopatologice de personalitate sunt comentate înnou sugerata versiune din  DSM-5 prin trimitere la Teoria celor Cinci Mari Factori. Sunt prezentate criterii pentru 6 din cele 10 tipuri descrise în DSM III-IV.**

**Caracterizarea tradiţională este însă păstrată, ca una din alternativele de diagnostic, împreună cu cele 10 categorii menţionate.**

Principalele tipuri de TP descrise în DSM-5 sunt următoarele (alături de TP antisocială ce a fost deja menţionată):

T.P. paranoidă se caracterizează prin neîncredere, suspiciozitate continuă faţă de alţii, astfel încât intenţiile acestora sunt constant interpretate ca răuvoitoare, fără o bază obiectivă. Subiectul are impresia că alţii îl prejudiciază, nu sunt loiali şi corecţi cu el, folosesc informaţiile despre el împotriva sa. El interpretează evenimente neutre ca ostile, se simte uşor ofensat, atacat, înşelat de partener.

T.P. schizoidă se caracterizează prin detaşare în relaţiile sociale şi o gamă restrânsă de expresie a emoţiilor; nu se bucură de relaţii apropiate, nici în familie; preferă activităţi solitare;nu are interes pentru relaţii sexuale, prietenie, confidenţe; e indiferent la critici şi laude; afectivitate e rece, plată, tocită, detaşată.

T.P. schizotipală se caracterizează prin: - suspiciozitate, lipsă de confidenţi apropiaţi, anxietate socială excesivă, comportament şi aspect excentric, bizar, afect inadecvat, gândire şi limbaj ciudat, vag, circumstanţial, metaforic, supraelaborat, stereotip, experienţe perceptive insolite, iluzii corporale, gândire magică, clarviziune, telepatie „al şaselea simţ”.

T.P.histrionică. Subiectul caută în permanenţă să atragă atenţia celorlalţi asupra sa printr-un comportament hiperexpresiv. Poate manifesta : comportament provocator inadecvat, inclusiv în direcţie sexuală; încearcă să fie captativ prin îmbrăcăminte stridentă, mimică şi gesturi teatrale; stilul de vorbire este afectat,

atrăgând atenţia; autodramatizare, teatralitate, exagerarea expresiei emoţionale, consideră relaţiile apropiate ca mai intime decât sunt de fapt.

Instabilul emotiv „marginal” („borderline”). Se caracterizează prin instabilitatea în relaţiile interpersonale, imaginea de sine, afecte, cu marcată impulsivitate. Prezintă eforturi de a evita abandonul (real sau imaginar); relaţii interpersonale instabile oscilând între extrema idealizării şi devalorizare; instabilitatea imaginii de sine; impulsivitatea cu potenţial de autovătămare (abuz de substanţe, sex, alimentare impulsivă, conducere riscantă), repetate gesturi de automutilare şi parasuicid; instabilitate dispoziţională cu oscilaţii între disforie, iritabilitate, anxietate; sentiment de vid interior; dificultate de a-şi controla furia; ideaţie paranoidă tranzitorie.

T.P. narcisistă se caracterizează printr-un sentiment de grandiozitate cu nevoia de admiraţie din partea altora, subiectul fiind lipsit de empatie. E preocupat de fantezii legate de succese, putere, frumuseţe, considerând că este o persoană specială ce nu poate fi înţeleasă de oricine. Pretinde din partea altora admiraţie excesivă şi tratament special, e exploatator al altora, lipsit de empatie, invidios, arogant.

T.P. evitantă se caracterizează printr-o inhibiţie socială generalizată susţinută de neadecvare şi hipersensibilitate la evaluări negative. Evită activităţi profesionale care presupun contacte interpersonale semnificante; nu se apropie de altă persoană decât atunci când e sigur că va fi acceptat, are relaţii intime restrânse de frica de a nu ridiculizat; e inhibat de relaţionarea interpersonală; se vede pe sine neatractiv social, neadecvat, inferior altora; e reţinut în a se angaja în acţiuni noi sau riscante.

T.P.dependentă se caracterizează prin faptul că e excesiv de sumisivă faţă de altul cu pronunţată frică de separare. Are dificultăţi să ia decizii singur, să-şi asume responsabilitatea în principalele arii ale vieţii, să-şi exprime dezacordul faţă de alţii, să iniţieze singur proiecte şi să le ducă până la capăt (din lipsa încrederii în

sine şi nu datorării lipsei de motivaţie şi energie), face eforturi de a obţine acceptarea şi suportul altuia, chiar făcând pentru aceasta lucruri care nu-i plac, se simte nefericit dacă e singur crezând că nu poate avea grijă de sine; dacă dispare o persoană de care e ataşat caută imediat un înlocuitor; mereu are frica că singur nu se va descurca.

În cadrul TP, cea antisocială apare ca un tip caracterizat în mare măsură prin aspectul infracţional care e uşor obiectivabil. Faptul a făcut ca în studiile epidemiologice populaţionale desfăşurate în SUA (Epidemiological Catchment Area şi The National Comorbidity Survey – NCS) să fie singura TP cercetată. Dar acelaşi aspect, care are în vedere comportamentul infracţional ghidat de normele de convieţuire din ţările euro atlantice, face dificilă identificarea unei cazuistici similare cu ţări din alte zone decât Europa şi America de Nord. E de reţinut totuşi faptul că la baza descrierii TP antisocială din DSM-III a stat la baza unui studiu longitudinal (Robins, 1960) care a urmărit evoluţia în timp a copiilor cu tb. de conduită şi a dovedit corelaţia dintre acestea. De aceea şi în prezent în DSM-5 această TPe menţionată şi în capitolul Tb. disruptive ale controlului impulsurilor, care se referă în mare măsură la tb. comportamentale din perioada infanto juvenilă. Constructul TP antisocială din DSM-5 e mai puţin unitar în ceea ce priveşte disfuncţia la nivelul identitar al persoanei. În descrierile mai detaliate ale manualului, unele cazuri se prezintă ca egosintone cu bună sociabilitate, încadrabile deci în clusterul B. Dar altele tind spre depresivul iritabil, impulsiv şi suspicios. Grandiozitatea ar putea fi o trăsătură narcisice. Suspiciunea sugerează interferenţa cu paranoidia, iar anafectivitatea cu schizoidia. Ambiguitatea acestei categorii făcut ca în cadrul psihiatriei să rămână deschisă problema psihopatiei. Inclusiv a celei descrise în 1941 de Cleckley.

### 1.4. Problema psihopatiei

**Psihopatia în viziunea lui Cleckley şi în perspectiva recentă**

În 1941 a apărut cartea lui H.Cleckley, “The mask of sanity”. În ea este descris şi discutat un anumit tip de persoană anormală, din seria etichetată ulterior ca personalitate antisocial-sociopată. Decupajul tipologic făcut de Cleckley este unul particular şi nu acoperă decât o parte din ceea ce s-a considerat până atunci (şi se va considera ulterior) ca persoană psihopată. Profilul simptomatologic este descris pregnant, utilizându-se prezentări de cazuri convingătoare. E prezentat un tip de om activ şi deseori performant în societate, dar care are importante deficienţe în relaţiile interpersonale şi în respectarea normelor sociale şi morale, un om ce nu-şi crează un drum ordonat şi statornic în viaţă, deşi poate fi acceptat şi apreciat social în multe medii. Aspectul esenţial este sociabilitatea cuceritoare care crează o mască de om normal, sănătos, în spatele căreia sunt prezente multiple deficienţe, în primul rând semantice, de înţelegere a unor noţiuni ca responsabilitatea, generozitatea. Psihopatul lui Cleckley nu are trăsăturile şi caracteristicile tipurilor lui Kraepelin (excitabil, instabil, impulsiv, excentric, cverulent) şi nici chiar ale celui antisocial (inamic al societăţii, distructiv, ameninţător, turbulent, criminal). De asemenea, nu are nici caracteristicile unor tipuri descrise de Schneider: astenicul, depresivul, nesigurul pe sine, apaticul sau fanaticul. Chiar în raport cu ceea ce s-a conturat ca personalitate antisocială, respectiv disocială – aşa cum sunt acestea descrise în DSM-IV şi ICD-10 – există diferenţe, lipsind caracteristicile explicite de agresivitate majoră şi continuă, de ignorare gravă şi sistematică a normelor de convieţuire şi legale.

Psihopatul lui Cleckley este caracterizat de autor ca fiind activ, independent, sociabil, plăcut şi convingător în relaţia cu alţii, având un farmec superficial şi o bună inteligenţă: este stăpân pe sine, sigur, fără nervozitate sau simptome de serie nevrotică. Lipsesc, de asemenea, delirul şi semnele de gândire iraţională. Are o bună inteligenţă socială şi este abil în a rezolva probleme interpersonale în folosul său. Faţă de aceste caracteristici care-I asigură un succes social – cel puţin limitat – el este, pe de altă parte, un om complet lipsit de sinceritate, în care nu te poţi

încrede, un om fără sentimentul ruşinii şi al remuşcărilor, care are un comportament antisocial inadecvat şi care nu învaţă din experienţă. Relaţiile sale interpersonale sunt deficiente în sensul egocentricităţii şi a incapacităţii de a iubi, având o sărăcie accentuată în relaţiile afective. Nu-şi dă seama şi nu înţelege faptul că manifestările sale sunt neadecvate. La acestea se adaugă consumul necontrolat de alcool şi droguri, comportamentele parasuicidare, o viaţă sexuală impersonală, trivială şi puţin integrată, precum şi incapacitatea de a urmări un plan general de viaţă.

Psihopatul, aşa cum e descris mai sus, poate avea succese în diferite domenii sociale. Sunt expuse exemple de medici, psihiatri, avocaţi, oameni de ştiinţă şi de afaceri,. "oameni de lume", situaţii în care psihopatia e deghizată, făcând destul victime. Autorul consideră că există patologie la acest nivel, că psihopatia integrată social şi cea din domeniul juridic au la bază deficienţe mascate. Căci – susţine autorul  sănătatea incluzând-o pe cea mental e un concept proteiform, larg. Există o mască a sănătăţii (acesta este şi titlul cărţii – The mask o sanity) care nu rebuie să demobilizeze psihiatrii.

Cleckley consideră că la mijloc e o patologie pe care încearcă să o circumscrie prin comparaţie cu tulburările pronunţiei şi înţelegerii limbajului cu afazia. Trimiterile sale sunt la opera lui Head; la o formă superioară de afazie, cea semantică. Ar fi vorba de o incapacitate cosntituţională structurală. Bazată organic cerebral de a înţelege unele semnificaţii cum ar fi cele de responsabilitate, vinovăţie, ruşine, alături de semnificaţia prieteniei, a dragostei, grijii faţă de semen.

Psihopatul circumscris de Cleckley a rămas un tip de referinţă. El e construit în mare măsură categorial, prototipic, nu dimensional.Mai mult, stilul de abordare şi circumscriere pleacă de la cazuistică şi se întoarce la ea, surprinzând ceva esenţial pentru o categorie – în sensul în care în fenomenologie se vorbeşte de intuirea esenţei şi de tipul ideal. Este vorba de decuparea şi cercetarea unui tip pregnant, relativ uşor de identificat dar mai mult în manieră intuitivă cu minime

criterii operaţionale. De asemenea, pentru a se evidenţia trăsăturile comune şi diferenţiale faţă de alte tipuri lipseşte plasarea sa într-un context, într-un cadru mai general al tulburărilor de personalitate, al tradiţionalelor personalităţi psihopate.

Importanţa istorică a demersului lui Cleckley constă în faptul că a atras atenţia asupra psihopatului ca persoană care este în acelaşi timp delictuală (o problemă juridico psihiatrică), deficient psihologic în anumite arii (deci o problemă psihiatrică) şi inserată destul de bine social (problema mascării sociologice a psihopatului).

Ulterior Harre (1986) a operaţionalizat itemii de caracterizare a psihopatiei lui Cleckley. La origini acesta identificase 16 caracteristici de bază. Harre a construit o listă – checklist – cu 22 itemi reduşi ulterior la 20 care să identifice "psihopatia" ca prezenţă şi intensitate (psychopathic hecklist revised – PCL-R – Harre 1992; 1996).

Itemii cuprinşi în PCL-R sunt: 1. Farmec, şarm superficial; 2Grandiozitate (sentimetnul de capacităţi sporite, supraevaluate, aroganţă); 3. Nevoia de stimulare continuă;4 Minciuna patologică; 5. Manipularea semenilor; 6.Lipsa remuşcărilor sau a vinovătiei; 7.Afect superficial; 8.Răceală intrpersonală şî lipsa empatiei; 9.Stil de viaţă parazitar; 10. Slab autocontrol comportamental; 11. Comportament sexual promiscuu; 12.Probleme comportamentale timpurii (de la vârste fragede); 13.Lipsa unor scopuri relevante pe termen lung; 14.Impulsivitate; 15.Iresponsabilitate; 16. Refuzul de a accepta responsabilitatea pentru propriile acţiuni; 17. Relaţii maritale scurte repetate; 18.Delicvenţă juvenilă; 19, recidivism infracţional; 20.Versalitate criminală.

Harpur şi Hakstian (apud Hare et al.1990) au condus o analiză factorială detaliată a itemilor din PCL care a convers spre identificarea a doi factori majori. Factorul 1 se referă mai ales la trăsăturile de personalitate pe care subiectul le afirmă în timpul interviului, evidenţiază o persoană încrezătoare în sine, rece sub aspect afectiv şi care se foloseşte de semeni fără remuşcări. Factorul 2 s-ar referi

mai ales la comportament, bazându-se predominent pe informaţii din dosarul individului evidenţiind un stil de viaţă în mod cronic instabil şi antisocial.

Chenar 12

**Analiza factorială a itemilor din PCL (Harre, 1990)**

| Factorul 1 | | Factorul 2 | |
|---|---|---|---|
| 2 | Sens grandios al sinelui | 15 | Iresponsabilitate |
| 4 | Minciună patologică | 13 | Lipsa unor scopuri realiste pe termen lung |
| 5 | Manipularea altora | 9 | Stil de viaţa parazitar |
| 6 | Lipsa remuşcărilor şi vinovăţiei | 12 | Probleme comportamentale timpurii |
| 8 | Lipsa empatiei | 18 | Delicvenţa juvenilă |
| 16 | Neacceptarea responsabilităţii pentru propriile acţiuni | 19 | Recidivism |
| 1 | Farmec, şarm superficial | 14 | Impulsivitate |
| 7 | Afect superficial | 3 | Nevoie de stimulare |
| | | 10 | Slab control comportamental |

Psihopatia, aşa cum poate fi ea circumscrisă prin PCL-R, poate fi relativ uşor de identificată, cu o bună concordanţă între diagnosticieni. Ea este însă un construct ce rezultă parţial din instrument. În raport cu tipurile de personalitate descrise categorial în DSM-5 această psihopatie este o dimensiune de personalitate supraordonată, un cluster care cuprinde trăsături ce se regăsesc în mai multe tipuri. În afară de personalitatea antisocială trăsăturile descrise mai găsesc şi la histrionic

(şarm superficial, nesinceritate, egocentrism, manipulare). La narcisic (grandiozitate, lipsa empatiei, exploatarea altora), la personalitatea de tip borderline (impulsivitate, gesturi suicidare) şi la paranoid (neîncredere).

S-ar putea discuta şi despre interferenţa psihopatului cu o tulburare de personalitate hipomaniacală, multe din manifestări fiind congruente cu un tip ce ar avea astfel de trăsături. În prezent însă foarte puţini specialişti acceptă tipul maniacal de tulburare de personalitate care totuşi a fost discutat în psihiatria germană clasică sub eticheta de hipertim. Şi aceasta deoarece dacă ne restrângem la hipomanie, problematica relaţionărilor interpersonal sociale e mai complexă.

**Domeniul general de caracterizare a persoanei psihopate şi subtipuri de psihopatie.**

Dincolo de unele tipuri ce beneficiază de descrieri prototipice politetice, precum TP antisocială sau psihopatul descris de Cleckley, există un consens de circumscriere a unui domeniu de manifestare aberantă a unor personalităi anormale, cu important impact negativ în relaţiile interpersonal sociale şi cu manifestări delictuale şi criminale. Această zonă a „psihopatiei" este variat descrisă şi caracterizată, dar ansamblul termenilor utilizaţi se agregă într-o anumită zonă, astfel încât se poate vorbi de un „aer de familie".

Persoanele din „zona psihopatiei" sunt descrise, de obicei, ca dominante şi manipulative, sigure de sine şi egodistone, cu o bună părere despre sine, cu un potenţial agresiv ridicat, impulsiv-explozive şi lipsite de frică. Manifestarea faţă de alţii e deseori agresivă, violentă în diverse modalităţi, uneori cu tendinţa de a batjocori şi umili. Psihopaţii manifestă deseori ură, ostilitate, sunt suspicioşi, dar şi lipsiţi de afectivitate şi empatie. Ei se raportează uneori prin escrocherie şi înşelăciune. Se mai notează lipsa remuşcării şi responsabilităţii. Această descriere, precum şi utilizarea unor epitete asemănătoare, acoperă domenii precum: atitudinea faţă de sine şi de alţii, afectivitatea relaţională, acţiunea negativă asupra altora în sens de agresivitate, manipulare, chinuire, lipsa dimensiunii morale. În

jurul acestor caracteristici se poartă o serie de discuţii şi se fac comentarii.Se poate trasa chiar şi o schemă.

<table>
<tr><th colspan="5">Tablou schematic standard al caracteristicilor psihopatului</th></tr>
<tr><th>Dispoziţia afectivă</th><th>Atitudinea faţă de sine</th><th>Atitudinea faţă de alţii</th><th>Comportamentul faţă de alţii</th><th>Caracteristici morale</th></tr>
<tr><td rowspan="6">Euforică<br>Instabilă<br>Morocănoasă<br>Depresivă<br>Anxioasă<br>Indiferentă</td><td>Egosintonie<br>Egocentrism<br>Grandiozitate<br>Siguranţă de sine</td><td>Dominare<br>Manipulare<br>Exploatare</td><td>Decizie rapidă<br>Impulsivitate<br>Explozivitate<br>Violenţă<br>Lezare, vătămare</td><td>Lipsa de:<br>Generozitate<br>Milă<br>Ruşine<br>Culpă<br>Remuşcare</td></tr>
<tr><td colspan="3">Agresivitate</td><td></td></tr>
<tr><td>Trăsături psihologice constante</td><td>Raportare faţă de ceilalţi</td><td rowspan="2">Intimidare<br>Chinuire<br>Brutalizare<br>Umilire</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>Anafectivitate<br>Lipsa empatiei<br>Lipsa emotivităţii şi a fricii</td><td>Desconsiderare<br>Dispreţ<br>Ură<br>Suspiciune<br>Opoziţie</td></tr>
<tr><td colspan="2">Deficienţe de identificare<br>Ataşament, introjecţie, reprezentarea altora în sine, relaţii obiectuale</td><td>Încălcarea normelor</td><td>Deficit în înţelegerea semantică a valorilor</td></tr>
<tr><td colspan="4">Deficienţe de planificare a vieţii: nu învaţă din experienţă şi pedepse; intelect în limitele normale</td></tr>
</table>

Un tablou ca cel de mai sus nu e nici complet, nici întru totul coerent. El ne plasează totuşi într-un univers antropologic anume, ce poate fi descris printr-o familie lingvistic-conceptuală de epitete care indică o zonă de realitate umană.

„Psihopatia” este un construct teoretic, psihopatologic, cu referinţă la problematica tulburărilor de personalitate. Din acest punct de vedere, el este similar cu întreaga nosologie psihiatrică, cu circumscrierea generală a tulburărilor de personalitate şi cu cea a diverselor tipuri de tulburări de personalitate, care, toate, sunt constructe teoretice care se referă, desigur, la o realitate dată sau eventuală. În raport cu descrierile prototipice categoriale ale tulburărilor de personalitate, constructul psihopatiei este însă mai larg şi mai vag, asemănându-se cu clusterele din DSM-5.

**Subtipuri de psihopatie**

În măsura în care se acceptă un domeniu de agregare – sau un cluster al persoanei psihopate – distinctă de TP antisocială (dissocială) sau de alte tipuri categoriale – apar în discuţie şi variante sau subtipuri ale acesteia. Ele au fost abordate mai ales din perspectiva populaţiei penitenciare, a celor ce au comis infracţiuni grave, care au ajuns în locuri de detenţie de maximă siguranţă.Dar şi din perspectiva unor psihopatologi interesaţi de infracţionalitate, în general, sau, preocupaţi de varietatea umană din societatea modernă.

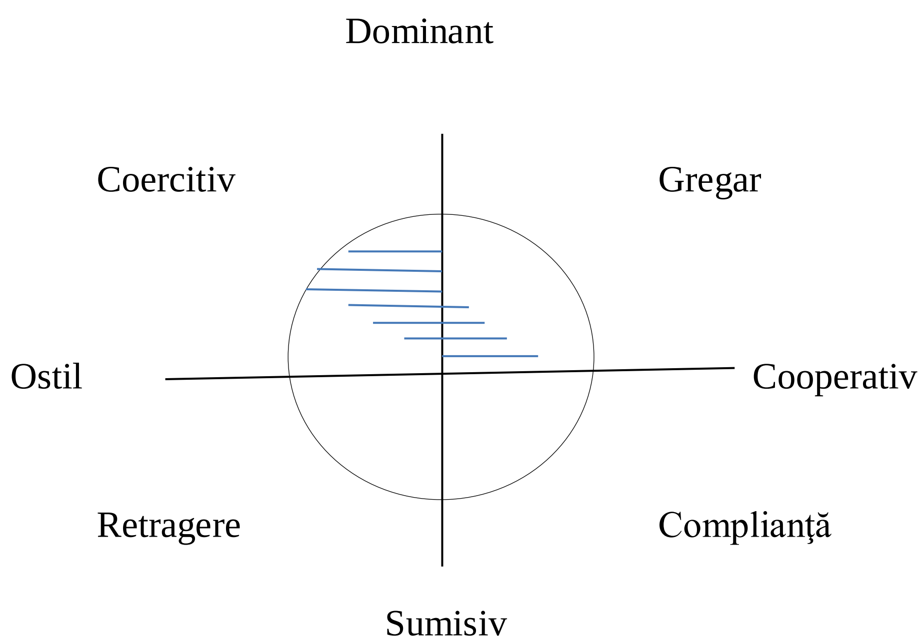
Subtipurile lui Lykken şi Blackburn

Lykken (apud Millon et al., 1998) distinge psihopatul primar pe care îl consideră condiţionat în mare măsură genetic – de psihopatul secundar sau „sociopat”, în structura căruia influenţele familiale şi, în general, cele psihosociale joacă un rol major. Psihopatul primar ar avea disfuncţii ale lobului frontal şi, în mare măsură, i se transmite genetic un temperament aparte, lipsit de reacţii de frică şi puţin influenţabil prin educaţie, detenţie şi psihoterapie. El nu ar avea un echipament neurofiziologic destul de dezvoltat pentru a prelua integral cogniţia socială bună, parentale, cea care se constituie în perioada formării ataşamentului şi a educării sociale. Dar preia şi dezvoltă cu uşurinţă modele impulsive sau de indiferenţă afectivă. Sociopatul e un caz mult mai frecvent. La acest nivel,

intervine şi responsabilitatea educativă a părinţilor. Domeniu în care se cere intervenit, pentru a evita transmiterea transgeneraţioală a comportamentelor dissociale.

Blackburn studiază populaţia din penitenciarele de maximă siguranţă, selectându-i pe cei care au comis acte antisociale grave şi care prezintă tulburări de personalitate. El dezvoltă un instrument de studiu special (Special Hospitals Assessment of Personality and Socialisation – SHAPS) şi diferenţiază patru subtipuri ale psihopatului: 1.psihopatul primar (P – impulsiv, agresiv, ostil, extrovertit, încrezător în sine, cu nivel scăzut de anxietate); 2. psihopatul secundar (S – ostil, impulsiv, agresiv, anxios social, retras, cu scăzută stimă de sine); 3. psihopatul controlat (C – 4.defensiv, controlat, ruşinos, moderat anxios, cu stimă de sine scăzută), Blackburn 1975; 1987). Aceste grupe de indivizi cu tulburare de personalitate, care au comis grave şi, uneori repetate acte antisociale cuprins diverse tipuri categoriale de tulburări de personalitate. În grupul P predomină cei narcisici, histrionici şi antisociali; în grupul S, antisocialii, pasiv-agresivii, evitanţii, schizotipalii. În acest sens, psihopatia e circumscrisă mai mult din perspectiva dissocială a comportamentului agresiv şi criminal, ca superfactor. Autorul optează şi pentru o înţelegere dimensională a tulburărilor de personalitate, mai ales în perspectiva circumplexului interpersonal. De fapt, în criminologie este afirmat insistent faptul că actele violente şi crima ţin, în bună măsură, de împrejurări şi de dinamica relaţiilor interpersonale dintre agresor şi victimă, şi nu doar de personalitatea agresorului. Această problemă e studiată de victimologie (Pirozynski, 1989).

Repartiţia psihopaţilor lui Blackburn în circumplexul interpersonal




**Psihopatul sadic şi criminalul monstruos**

Existenţa unor cazuri de crime sadice şi de criminali în serie care îşi mutilează victimele a surprins constant societatea şi pe criminologi. Aceasta cu atât mai mult cu cât mulţi dintre aceştia nu prezentau o boală psihică definită şi nici tulburări de personalitate încadrabile în categoriile clasice, nici măcar în cea antisocială. De la descrierile lui Kraft Ebing, din sec. al XIX-lea, şi până către sfârşitul secolului XX, psihiatria legală a studiat aceste cazuri fără a clarifica prea mult problema. A fost utilizată noţiunea de „psihopat (TP) sadic”, care a fost prezent în DSM până la ediţia a III-a. Exista proiectul ca această categorie să fie reintrodusă în DSM-5, fapt care nu s-a realizat. Psihopatul sadic s-ar caracteriza prin dominarea şi manipularea altora, plăcerea de a-i face să sufere, intimidare, chinuire, agresare, violenţă (Stone, 2005). Un aspect aparte e sadismul sexual, în care plăcerea e obţinută prin chinuirea partenerului. Conform comentariilor clasice, acesta ar face cuplu cu parteneri masochişti, care obţin satisfacţie sexuală atunci

când sunt chinuiţi. Cuplul sado masochist se poate constitui însă şi fără conotaţii sexuale directe. Există descărcări agresiv impulsive, dar şi o deosebită elaborare în comportament pentru a pregăti actele, a selecta victimele şi a acoperi manifestările criminale. Criminalii şi violatorii în serie, chiar dacă nu îşi chinuie victimele, s-ar asimila acestei categorii. Agresivitatea şi inafectivitatea lor e aproape de schizoizi, dar nu sunt izolaţi social şi apragmatici ca aceştia. Cazuistica, deşi nu foarte frecventă, e surprinzătoare, deoarece modelul comportamental nu se regăseşte în biologie. Pe de altă parte, manifestările par a fi mai mult condiţionate genetic decât învăţate. Această cazuistică reactualizează problematica discutată de Lombroso, desigur fără tema stigmatelor corporale. Din perspectiva comportamentului sadic şi al criminalităţii în serie – problemă ce se corelează, evident, cu tulburările de personalitate şi cu psihopatia,  dar ca o categorie aparte, Stone a întocmit, în 1993, o listă de gradare a actelor criminale, de la cele reactive până la cele evident sadice, în care criminalul îşi torturează victimele (Stone, 1989). Autorul consideră, în consens cu toţi specialiştii, că psihopatul sadic nu poate avea, din motivul unui eventual diagnostic psihiatric circumstanţe atenuante.

Chenar 13

1. Persoane care au ucis, dar care nu sunt criminali: cei care au ucis pentru a se apăra şi care nu prezintă psihopatie;
2. Ucigaşii din gelozie, nepsihopaţi, care au comis „crime pasionale”;
3. Companioni (complici) de bună voie cu criminalul, persoane impulsive, cu unele trăsături antisociale;
4. Persoane traumatizate (abuzate), care ucid rudele abuzatoare sau alte persoane (de ex., cei care ucid pentru a face rost de droguri) şi care manifestă remuşcări;
5. Criminali impulsivi, care nu prezintă psihopatie.
6. Ucigaşii cu trăsături psihopate clare, care-i ucid „pe cei ce le stau în cale”.
7. Psihopaţii avizi de putere, care ucid când sunt „încolţiţi”.
8. Psihopaţii care-şi planifică acţiunile, nemiloşi şi egocentrici.
9. Ucigaşii psihopaţi ce comit crime multiple, cu sânge rece.
10. Criminalii psihopaţi ce îşi torturează victimele, tortura fiind mobilul principal.
11. Psihopaţii criminali şi torţionari, la care tortura este principalul mobil

Indiferenţa faţă de sentimentele altuia a fost descrisă de un criminal în serie în felul următor (după Stone):

> „Impulsul principal e acela de a pune stăpânire absolută pe o altă persoană, de a transforma într-un obiect neajutorat al voinţei tale….Scopul cel mai radical e să o facă să sufere/ Asta pentru că nu există nicio putere mai mare asupra altei persoane decât să o faci să sufere. Plăcerea oferită de dominarea completă a unei alte persoane reprezintă adevărata esenţă a impulsului sadic”.
>
> (W.H.Stone, Tratabilitatea tulburărilor severe de personalitate”, în Bert von Luyn et all (Eds), Tulburările severe de personalitate, Ed.Polirom, 2009

**Subtipuri ale psihopatiei în opinia lui Millon.**

Conform concepţiei sale asupra tulburărilor de personalitate, Millon (1998) descrie, zece subtipuri ale psihopatului, cu precizarea că observaţiile vin din practică, iar numărul de 10 nu e unul finit. Aceste tipuri sunt:

- psihopatul lipsit de scrupule (unprincipled) s-ar dezvolta pe fondul TP narcisice; e deseori certat cu legea şi rareori ajunge la psihiatrie. Exibă un sens arogant al valorii de sine şi indiferenţă faţă de binele altora. Relaţia cu alţii e lipsită de scrupule, amorală şi înşelătoare. Îi exploatează pe ceilalţi şi îi umileşte, îi escrochează, îi dispreţuieşte. Este abil în influenţarea socială a altora, este captivant în discuţii, poate fi fermecător şi afişează o mască de inocenţă.

- Psihopatul nesincer (disingenous) se aseamănă cu TP histrionică. Este aparent sociabil, căutând să atragă atenţia altora, având nevoie merei de excitaţie, cu comportamente seductive, dar relaţiile sunt superficiale şi trecătoare, manifestându-se impulsiv şi cu resentimente. Este nestatornic, necinstit, incorect, nesincer şi calculat. Inventează uşor, încercând să convingă pe alţii de lucruri ireale. E indulgent cu sine, Nu admite responsabilitatea personală şi îi blamează pe alţii. Dincolo de aparenţa sociabilă şi plăcută, poate avea izbucniri de furie dacă îl nemulţumeşte ceva.

- Psihopatul impulsiv (risk-taking) se angajează impulsiv în acţiuni riscante, nu pentru câştiguri materiale sau reputaţie, ci pentru a se excita şi a resimţi sentimentul că trăieşte din plin. Comportamentul său riscă să aibă consecinţe fizice grave. Nu are simţul autodisciplinei şi trăieşte în mod hiperactiv prin acţiuni hazardate. Nevoia sa bazală e de stimulare şi aventură, de obicei nefiind răzbunător, dar comportându-se iresponsabil. Teoretic, poate fi plasat între TP antisocială şi histrionică.

- Psihopatul resentimentar (conventous) este un activ exploatator al semenilor, cu sentimente de ură, nemulţumire, răzbunare, având un permanent

sentiment de frustrare, sentimentul că i s-a dat niciodată ceea ce ar fi trebuit să i se dea: dragoste, prestigiu, bunuri. De aceea, simte mereu un gol interior şi, asemenea animalelor flămânde, îşi urmăreşte prada, exploatându-i pe alţii, fără reţineri în a-şi însuşi bunurile lor. Este egofil, indulgent cu sine, fără compasiune faţă de alţii, de care profită cu orice ocazie, exhibând un fel de răzbunare continuă. E foarte asemănător psihopatului antisocial.

- Psihopatul nesigur-amorf (spineless) comite acte agresive pentru că se simte tot timpul nesigur, vulnerabil, pe care de a fi atacat. De aceea, comportamentul său agresiv are semnificaţia unor acte contrafobice. În fantezia sa apar mereu inamici puternici, agresivi, sadici, faţă de care simte că trebuie să se apere. Prin comportamentul său îi încurcă, de obicei, pe alţii. Unii se înrolează în armată pentru a se simţi î siguranţă. Din această categorie s-ar recruta o bună parte dintre „executanţii" puterilor totalitare. Poate fi considerat un derivat al TP evitante.

- Psihopatul exploziv e caracterizat de apariţia bruscă şi impredictibilă a unor stări de ostilitate explozive. Acestea se manifestă, de obicei, asupra persoanelor apropiate. Este încărcat de resentimente, iar ostilitatea explozivă semnifică, uneori, o descărcare a unor sentimente de umilire şi degradare. Uneori, raptusurile agresive se produc în raport cu persoane simbolice care-i apare ca reprezentanţi ai celor ce i-au făcut rău sau i-au vrut răul. Manifestă o inabilitate de a transpune în limbaj trăirile nefavorabile, care şi ea, îl poate apropia de unele forme ale TP de tip borderline.

- Psihopatul abraziv (cverulent) este în permanenţă certăreţ şi conflictual; oriunde poate găsi prilejul de a-şi descărca iritabilitatea sau de a induce cazuri litigioase. Deşi unii cverulenţi susţin că luptă pentru principii înalte, acest tip de psihopatie se asociază cu TP paranoică. Se plasează mereu în opoziţie şi îi contrazice pe alţii.

- Psihopatul vindicativ (malevolent) este în permanenţă ostil şi vindicativ, mereu neîncrezător, combativ, cu intenţia dominantă de a-şi lua revanşa pentru un tratament nefavorabil, real sau imaginar. Are tendinţă de a se răzbuna, a distruge şi pedepsi pe alţii, de a-i brutaliza. Tine să controleze, să domine şi e plin de resentimente. Nu are sentimentul vinovăţiei şi al remuşcărilor, fiind apropiat de TP paranoică şi sadică.

- Psihopatul tiranic este cel mai crud şi mai de temut subtip. Mereu îi atacă pe alţii, îi intimidează, îi acuză, fiind abuziv şi distructiv. Este stimulat de rezistenţa victimei pe care se străduieşte să o facă să se supună. Pot fi brutali fizic sau agresivi verbal, dominând şi înjosind victima. Comportamentul abuziv şi violent îi apropie de TP sadică. Deseori, e calculat şi rece, îşi alege victima şi îi caută slăbiciunile. Are o mare satisfacţie în a vedea cum victima suferă, cum îi inspiră teroare şi o intimidează. Vrea ca victima să simtă că este superior şi să nu bănuiască faptul că are propriile insecurităţi şi, uneori, o stimă de sine scăzută.

- Psihopatul malign este o persoană orientată autocratic spre putere, neîncrezătoare, plină de resentimente faţă de alţii, cu permanente tendinţe răzbunătoare, bazându-se dacă e nevoie pe un calcul rece al situaţiilor, corelabil cu TP paranoică. Resimte în permanenţă nevoia de a-şi proteja propria autonomie, fiind mereu convins că alţii vor să-l supună autorităţii lor. Efortul său principal este de a abuza continuu de alţii, de a-i tiraniza, de a le fi ostil, de a-i pedepsi, manifestând aroganţă şi brutalitate, intimidându-i în permanenţă. Ii consideră pe toţi ceilalţi – printr-un mecanism psihologic de proiecţie – ca răi şi rău voitori. Atitudinea faţă de semeni este cea de ostilitate, imaginându-şi că aceşti ar vrea să îi persecute, să îl intimideze, să îl distrugă. E frecvent prezent un sentiment de grandiozitate şi fanatism.

Maniera în care Millon îşi prezintă subtipurile atrage atenţia asupra faptului că o caracterizare generică a psihopatiei – un „portret-robot” aşa cum s-a încercat mai sus – e un demers util, dar relativ. Tulburarea „psihopatică” nu se poate constitui într-o categorie definită, bine circumscrisă şi distinctă de celelalte categorii. Încercarea DSM (şi ICD) de a descrie o TP antisocială (dissocială) acoperă o zonă de realitate, dar lasă problema deschisă

**Aspecte etiopatogenice în dezbaterile actuale privitoare la psihopatie**

Aspecte neurobiologice

Unul dintre aspectele importante actuale în discuţia despre psihopatie constă în investigarea şi evidenţierea parametrilor biologici ai acestei tulburări.

Există, în prezent, multe date directe şi indirecte care atestă rolul important jucat de genetică (McGuffin, 1998) în criminalititate, în general, şi în cazul personalităţilor psihopate, în special. Transmisia se face mai ales pe linie masculină, de la tată la băiat. Deşi există un consens asupra transmisiei genetice, studiile riguroase sunt dificile din cauza faptului că „definirea” psihopatiei este destul de vagă şi polimorfă. Cercetări s-au făcut mai ales cu PCL-R, dar ar fi de preferat o cazuistică formată din „nucleul tare” al acesteia, care constă în factorul 1.

Genetica poate interveni indirect prin favorizarea unor factori temperamentali. Kagan (1994) a descris un „temperament dezinhibat”, transmisibil genetic, ca precondiţie a persoanei psihopate şi criminale. În aceeaşi direcţie pledează şi cercetările lui Eysenck şi Cloninger.

Sindromul hiperkinetic (ADHD) joacă un rol important, deoarece studiile prospective indică faptul că o treime dintre pacienţi dezvoltă tardiv criminalitate (Weiss şi Heatman, 1993; West şi Farrington, 1973).

Există o importantă diferenţe între sexe, psihopatia predominând net la bărbaţi. Femeile cu acelaşi temperament dezvoltă tulburări de somatizare şi, eventual, trăsături de tip borderline.

Odată cu dezvoltarea psihologiei cognitive şi a neuroştiinţelor, s-au reluat o serie de studii în direcţia ipotezei lui Cleckley, privitoare la demenţa semantică. Psihopatul se dovedeşte incapabil să înţeleagă şi să utilizeze semnificaţiile adânci ale limbajului. Dimensiunea sa lingvistică pare să fie superficială şi îi scapă o serie de aspecte mai nuanţate şi mai abstracte ale semnificaţiilor. În această direcţie, studii experimentale a efectuat Williamson (cf.Siever, 1998).

Pe de altă parte, psihopaţii nu pot aprecia semnificaţiile emoţionale ale unor evenimente şi experienţe. Se presupune că reţelele neuronale profunde care corelează cogniţia cu emoţia sunt deficitare.

Psihopatul are unele modele comportamentale şi atitudinale, care au, în mod cert, o bază cerebrală. Aşa sunt: siguranţa sa de sine, asertivă şi dominatoare; contactul intens al privirilor (ca în fascinaţie, hipnoză); intuirea vulnerabilităţii victimei; autocontrolul. Acestea, dar şi altele sunt instrumentele psihoneurologice ce-i asigură dominarea, controlul şi manipularea celorlalţi (Hare, 1998).

Au fost incriminate disfuncţii ale cortexului frontal-orbital, cortexului medial temporal şi amigdalei, împreună cu sistemul lor de neurotransmisie, responsabil de coordonarea proceselor cognitive şi afective. La acest nivel s-ar produce o disociere între procesele logic cognitive şi componenta afectivă a gandirii (Damasio, 1994). Puternicul efect de motivare, ghidare şi inhibiţie pe care îl joacă în mod obişnuit emoţiile are doar un mic rol în viaţa psihopatului.

Hare a avansat ideea că psihopatul poate fi asemănat cu un animal de pradă care-şi foloseşte farmecul, manipularea, intimidarea şi violenţa pentru a-i controla, a-i domina, dirija şi exploata pe alţii pentru a-şi satisface nevoile egoiste. E vorba, desigur, doar de o metaforă, în sensul că un agresor, la fel ca animalul de pradă, pentru a prevala asupra victimei, trebuie să posede anumite calităţi bio-psihice specifice.

Alte particularităţi bio-psihologice ale psihopatului ţin de viaţa sa afectivă. Inafectivitatea tranzitivă, lipsa de empatie, de emoţionalitate şi, mai ales, de frică,

sunt caracteristici mereu subliniate. Şi acestea ar avea o bază genetică ce conduce la o disfuncţie cerebral psihică. Lipsa răspunsului la stimuli fobogeni e demonstrată experimental. Ea se corelează cu faptul că psihopatul nu învăța din experienţă. Studiile se referă la „slaba condiţionare la frică" (Lykken, 1957); Patrick, 1994) sau la „hipo-arrousal la stimuli negativi" (Fowley, 1992). Lykken, analizând răspunsul electrodermal la stimuli necondiţionaţi şi un chestionar de preferinţe afective, diferenţiază psihopaţii primari de cei secundari sau nevrotici. Primii au în mod clar un nivel redus al anxietăţii, în majoritatea împrejurărilor abia confruntându-se cu experienţe ce pot induce spaima. Experienţele au fost repetate (Patrick, 1993; 1994), indicând că răspunsul redus la stimulii fobogeni e o variantă extremă a normalităţii.

Trebuie menţionat totuşi că, în anumite împrejurări, lipsa de reacţie la frică poate fi adaptativă. Prin urmare, cei cu o astfel de caracteristică se descurcă, de multe ori, foarte bine în luptă.

Agresivitatea crescută este şi ea considerată un factor fundamentat biologic, la fel ca şi lipsa sau inafectivitatea. Anumite reţele neuronale şi reţele de neurotransmisie susţin agresivitatea, care este, în sine, o dimensiune naturală şi adaptativă a animalelor şi omului. Excesul de agresivitate şi, mai ales, lipsa de control, de autocontrol şi modelare, de transpunere în comportamente structurate, eficiente, competitive şi integrate social este o importantă caracteristică a psihopatului. Rata crescută de impulsuri agresive se corelează cu o scădere a transmisiei serotoninergice.

Impulsivitatea, circumstanţialitatea răspunsurilor şi deficitul de planificare au fost, de asemenea, studiate din perspectiva unei disfuncţii cerebrale de prelucrare a informaţiilor. Newman et al (1993) au dezvoltat şi testat o teorie a deficitului în modularea răspunsului. E incriminată o disfuncţie a capacităţii de a controla şi integra răspunsurile la stimuli imediaţi în vederea urmăririi scopului. În această direcţie Patterson et al au făcut studii, iar din 1997 echipa de cercetare a

concluzionat asupra deficitului modulării comportamentului orientat spre scop la psihopaţi, bazat pe disfuncţii neurovegetative. Faptul se corelează cu disfuncţiile în deliberare, planificare şi evaluare a consecinţelor.

Deficitul în procesarea informaţiilor sociale la psihopat a fost şi el studiat prin modele neuro-cognitive (Dodge şi Crick, 1990).

# 2.Tulburările internalizate anxios fobice

## 2.1. Tb. internalizate anxios fobice

La un pol opus tulburărilor externalizate cu manifestare agresivă s-ar putea plasa cele anxios fobice, în care subiectul se orientează spre retragerea în zone protejate ,dezvoltând conduite de evitare şi asigurare. Deci, se manifestă internalizat. Anxietatea e o trăire neplăcută în care subiectul se simte vulnerabil în faţa unui pericol iminent neprecizat; iar frica se referă „la ceva" ostil şi periculos pe care subiectul caută să-l evite.

Psihopatologia înregistrează tulburări ale dispoziţiei anxios fobice care, până la un punct, se corelează cu anxietatea şi cu fricile normale. Şi care se manifestă prin conduite internalizate de retragere, ascundere, protecţie, evitare, asigurare. DSM-5 descrie 7 astfel de tulburări: - anxietatea de separare ; - mutismul selectiv – fobiile speciale; - anxietatea socială; - atacul de panică; - agorafobia.; - anxietatea generalizată.

Vor fi prezentate pe scurt aceste caracterizări într-o ordine puţin diferită; iar după comentarea anxietăţii fobice la animale şi om, descrierea lor va fi reluată mai detaliat.

**Tulburările centrate pe anxietate sunt două. Prima e <u>tulburarea</u>** <u>de</u> **<u>anxietate generalizată</u> (A.G.) care constă dintr-o stare de excesivă anxietate şi îngrijorare („worry") continuă, ce se menţine peste 6 luni inducând deficienţă în funcţionare şi suferinţă (distress). Ea se obiectivează prin: nelinişte psihomotorie, iritabilitate, tensiune musculară, dificultăţi de concentrare, fatigabilitate, tulburări de somn (mai ales de adormire şi coşmaruri). Expresia pacientului e caracteristică: privire mobilă şi îngrijorată, nu poate sta locului şi îşi frământă mâinile, tresare uşor, nu poate asculta concentrat mai mult timp. Concomitent sunt prezente tulburări neurovegetative: tahicardie, extrasistole, transpiraţii, hiperpnee, reacţii cutanate, balonări, eructaţii,**

**micţiuni frecvente, uscarea gurii, ameţeli, înceţoşarea vederii, vertij, cenestopatii, algii. E frecventă creşterea preocupării faţă de sănătate. Pacientul nu suportă singurătatea, starea de rău se accentuează spre seară, îl deranjează întunericul, nu poate dormi singur. Randamentul în muncă şi/sau învăţătură scade.**

**A doua tulburare anxioasă e <u>atacul de panică</u> (A.P.) care e o manifestare paroxistică ce se instalează brusc şi durează câteva minute, mai rar zeci de minute. Subiectul resimte un sentiment al morţii iminente, solicită dramatic prezenţa altora şi ajutor medical; sau, are sentimentul că îşi pierde minţile; mai pot apare simptome de depersonalizare/derealizare . Tot brusc se instalează tulburări neurovegetative intense: palpitaţii, tahicardie pronunţată cu posibila creştere a tensiunii arteriale, transpiraţii profuze, tremor, dispnee, senzaţie de sufocare, greaţă, vertij, frisoare, parestezii, dureri. Pacientul poate avea senzaţia de cădere în gol sau că lucrurile se precipită peste el.**

**Atacul de panică poate fi comorbid cu alte tulburări psihice, în primul rând cu cele anxios fobice; dar şi cu depresia, bipolaritatea, tulburarea obsesiv compulsivă, alcoolismul sau consumul de substanţe psihoactive. Poate apare și în suferinţe generale sau cerebrale şi necesită un îngrijit diagnostic diferenţial. Se descrie şi o tulburare de panică ce ar consta doar din A.P.recurente. Pacientul care a avut cel puţin un atac de panică e predispus la anxietate anticipativă.**

**<u>Tb.fobice</u> se referă la o temă, un obiect, o fiinţă sau o situaţie, în prezenţa căreia subiectul prezintă trăiri anxioase din seria AP; motiv pentru care dezvoltă conduite de evitare sau asigurare; precum şi anxietatea anticipatorie.**

**Se descriu aşa zisele <u>fobii speciale</u> care sunt relative limitate. Aşa sunt: Fobiile de animale (păianjeni, şerpi, insecte, şoareci, câini, cai etc.). Fobii de evenimente sau stări naturale (foc, apă, furtună cu tunete etc). Fobiile corelate actului medical (injecţii, intervenţii dentare, medicamente, sânge). Fobiile spaţiale : de înălţime, de adâncime – (batofobia), de locuri înguste din care nu se poate ieşi uşor, inclusiv aglomeraţie – claustrofobia; de spaţii largi care trebuiesc străbătute fără puncte de sprijin fizic. Fobiile de mijloace de**

**transport în comun, ce pot fi aglomerate (autobuz, tren, avion); acestea şi fobiile spaţiale contribuie la structurarea complexului agorafobic.**

***<u>Anxietatea de separare</u> e comentată în primă instanţă ca o tulburare developmentală ce constă într-o excesivă frică de separare a copilului de persoana de care e ataşat. El anticipează stări de rău în cazul în care protectorul său nu va fi prezent; refuză de a merge singur departe de acesta sau de acasă; uneori nu poate dormi singur noaptea, are coşmaruri privitoare la separare; prezintă acuze somatice când separararea se prefigurează sau se petrece.**

**<u>*Mutismul selectiv</u> este o tulburare ce se manifestă în copilărie şi constă în lipsa vorbirii în anumite situaţii specifice în care în mod firesc ar trebui să vorbească (de ex, la şcoală), deşi în alte situaţii el vorbeşte. Durata tb. Este de peste 1 an şi interferează negativ cu activităţi educaţionale. Tb. Nu se datorează lipsei de cunoştinţe ale limbii sau altor condiţii maladive (mutismul selectiv e un fel de echivalent al anxietăţii sociale în copilărie.**

**<u>*Agorafobia</u> constă în dificultatea anxioasă a subiectului de a se deplasa singur în spaţii publice, departe de casă şi de persoanele protectoare, mai ales în zone aglomerate (magazine, pieţe, săli de spectacole) şi în mijloacele de transport în comun aglomerate. În astfel de împrejurări apar A.P. cu ulterioară anxietate anticipatorie şi conduite de evitare şi asigurare (merge doar însoţit de persoane de încredere). Fobiile spaţiale deja menţionate și anxietatea socială pot contribui la complexificarea sindromului (de ex. dacă pacientul ar trebui să vorbească în faţa unei adunări. O contribuţie importantă o are şi anxietatea de separare).**

**<u>* Fobia sau anxietatea socială</u> se referă la raportarea printr-o aşteptare anxioasă şi evitare a situaţiilor în care subiectul urmează să apară public, în faţa unor spectatori sau examinatori, care-l privesc atent, evaluativ. În astfel de situaţii el se emoţionează intens, inhibându-se, roşind şi dezvoltând tulburări neurovegetative, cu un sentiment penibil de ruşine. Evenimentul odată trăit angrenează conduite de evitare şi anxietatea anticipatorie. La copil se descrie ca echivalent un <u>mutism electiv</u> în anumite împrejurări de expunere publică.**

Tulburări psihice anxios fobice ca cele menţionate mai sus au fost circumscrise clinic mai ales începând cu a doua jumătate a sec.XX. Iar o parte au

fost studiate mai detaliat în corelaţie cu dezvoltarea doctrinei ataşamentului şi analiza relaţiilor interpersonale. Anxietatea din psihopatologie e însă mai amplă decât categoriile explicit incluse în DSM-5. Ea însoţeşte frecvent depresia, comorbiditatea anxios depresivă fiind frecventă şi putând să se manifeste cu accent pe fiecare din cele două dispoziţii afective. De asemenea anxietatea generalizată şi atacul de panică se întâlnesc des în boala bipolară în care episoadele depresive alternează cu cele maniacale în diverse forme clinice şi intensităţi. Anxietatea e prezentă constant şi în patologia obsesiv compulsivă caracterizată printr-o nesiguranţa de fond a subiectului. În aceasta din urmă se întâlnesc însă şi fobii mai particulare, anankaste, care se pot combina însă cu AG şi AP. Reacţia de stres posttraumatic e şi ea intens marcată de anxietate. Freud a considerat incertitudinea anxioasă rezultată din conflictul intrapsihic ca motorul ce duce spre determinarea întregii simptomatologii nevrotice.

Cea mai importantă patologie anxios fobică se întâlneşte însă în delirul paranoid, când subiectul e convins că alţii intenţionează să-i facă - sau i-au făcut deja - ceva rău. De remarcat că dispoziţia anxios fobică întâlneşte orbita psihotiformă a delirului mai ales când e însoţită de un scenariu relaţional interuman. Faptul o diferenţiază de stările dispoziţionale de euforie şi grandiozitate maniacală, sau de cele depresive inhibate şi autodepreciatoare, în care convingerile delirante se conturează la nivelul autoevaluării, lăsând în plan secund relaţionarea. Atitudinea ostilă paranoidă se însoţeşte şi de sentimentul supravegherii, a accesului nestăvilit al străinilor în toate locurile intime în care subiectul s-ar putea ascunde. Ba mai mult, supravegherea şi controlul pătrund şi în intimitatea psihismului, odată cu simptomele de transparenţă/influenţă. Se poate astfel remarca faptul că anxietatea paranoidă se însoţeşte de prăbuşirea distanţelor interpersonale, care în normalitate fac ca accesul la intimitatea psihică să nu-l aibă cei îndepărtaţi, străinii. Patologia anxios fobică întâlneşte relaţionarea interpersonală ka două exteme. Pe de o parte, la nivelul anxietăţii de separare, în

care subiectul se simte în siguranţa doar în apropierea persoanelor protectoare (iar acest model se extinde şi la agorafobie, anxietatea socială şi mutismul electiv). Iar pe de altă parte, pericolul fobogen maxim vine din partea altora, ce se coalizează împotriva sa. Agorafobia, care e condiţia cea mai complexă a patologiei anxioase, se produce în condiţiile lipsei de protecţie în soaţiile publice aglomerate. Vom urmări în continuare pe scurt manifestarea trăirilor anxiois fobice la animale şi la om, în condiţiile existenţei fireşti.

## 2. 1.Anxietatea şi frica la animale şi om

Frica e de obicei enumerată printre importantele instincte ale animalelor, jucând un important rol în supravieţuirea indivizilor unei specii, care se străduie ca în împrejurări periculoase să "scape cu viaţă". La mamiferele superioare se poate comenta, mai ales la ierbivore, frica înnăscută dată de mecanisme genetice care asigură identificarea unor predatori specifici. Şoarecelui îi e frică de pisică şi oii de lup. Dar frica în corelaţie cu diverse pericole e şi o condiţie generică a indivizilor animali, fiind parţial învăţată,. Ea se manifestă prin conduite de retragere, ascundere, aşezare în condiţii de protecţie. Frica este, şi în biologie, raportată totdeauna la "ceva" periculos, identificabil şi localizabil, determinat. Ceva ce poate fi până la un punct evitat, din faţa căruia individul se poate retrage şi ascunde. Anxietatea se referăîn biologie la situaţia în care sunt receptaţi unii indici despre un pericol încă neprecizat, posibil. Presentimentul anxios al pericolului potenţial e prezent în deplasarea individului animal prin teritorii necunoscute, departe de vizuina şi grupul familiar, în zone fără repere ştiute. Această condiţie exploratorie, de investigare, se însoţeşte de o vigilitate (arousal) crescută, de o alertă şi punere în tensiune a organelor de receptare a informaţiei şi de execuţie, o creştere globală a metabolismului, de activarea sistemului nervos vegetativ, care, toate, pregătesc organismul pentru manifestări neobişnuite, periculoase, pentru solicitări intense de confruntare sau retragere.

Odată cu psihismul uman, parametrii desfăşurării fricii şi anxietăţii se amplifică mult în raport cu cei din lumea animală, datorită instanţei metareprezentaţionale introdusă de limbajul narativ, a relaţiei de ataşament şi a altor caracteristici ale lumii umane. Schema comportamentală biologică a explorării tensionate a unui teritoriu necunoscut, potenţial periculos, se păstrează însă. Ea este evidentă la copilul mic ce se deplasează curios în spaţiul pe care-l poate parcurge, privind în toate părţile, punând mâna pe toate obiectele noi pe care le întoarce pe toate feţele. Această conduită exploratorie se corelează însă, la copilul uman, cu dezvoltarea ataşamentului faţă de mama protectoare, a cărei imago îl introjectează. Dacă se realizează o bună şi sigură relaţie de ataşament, copilul explorează în siguranţă şi cu îndrăzneală noile situaţii. În varianta anormală a unui ataşament fuzional, copilul dependent nu se mai simte în siguranţă decât în imediata apropiere a mamei; iar orice explorare a situaţiilor noi departe de mamă îi induce un disconfort anxios, cu nelinişte şi întreaga stare de alertă psihocorporală, prezentă şi în biologie (= anxietate.de separare). Acest e3xemplu subliniază de la început importanţa raportărilor interpersonale în derularea fenomenelor anxios fobice. Dincolo de mica copilărie, conduita explorării de către om a unor teritorii necunoscute, potenţial periculoase, - deci marcate de un pericol posibil – cu vizibilitate redusă e însoţită prin definiţie de menţionata stare de alertă hipervigilă, cu atenţie distributivă, punere în tensiune a musculaturii şi organelor receptoare, şi executive, alerta s.n. vegetativ,metabolism crescut etc. Iar acestea se exprimă cu atât mai mult, cu cât parametrii de siguranţă, protecţie şi capacitate de autoafirmare sunt mai reduşi. Manifestarea stării de alertă biopsihică în afara unor împrejurări de investigare sau de aşteptare a unui pericol iminent, bine conturat exprimă simptomatologia anxietăţii generalizate (AG).

Trecând dincolo de copilărie şi de conduita de investigare a ambianţei, problematica anxios fobică a omului se desfăşoară pe amplele coordonate ale lumii umane. Aceasta cuprinde, pe lângă universul interpersonal social- structurat prin

practici instituţionalizate şi prin diagrama intim/public- şi personajele supranaturale ale instanţei sacrului, ale mitologiei şi ficţiunii. Deja din mica copilărie subiecţilor le e frică seara de „baba cloanţa” etc. Coordonata de bază a anxietăţii fobice rămâne, la fel ca în biologie, pericolul. Iar ca termen ultim, aceasta trimite la moarte, la anihilarea brutală a propriei existenţe.

Ideologia culturii umane dezvoltă, ample scenarii metareprezentaţionale ale vieţi de după moarte, în care subiectul individual, ca personaj, continuă să vieţuiască într-un fel aparte. Instanţa supranaturală a zeilor este, în același timp una protectoare şi una din partea căreia te poţi aştepta la sancţiuni. Apoi, însăşi structura instituţională supraindividuală a socioculturii, funcţionează atât ca protectoare cât şi ca sursă de posibile puniţii. Statul şi regele, cei plasaţi în vârful ierarhiei sociale, au puterea de a-i sancţiona pe subordonaţi. Care, în consecinţă, se tem de ei. Dar aşteaptă din partea lor şi protecţie. Sclavul se teme, implicit, de stăpânul care-l are în custodie. Normativitatea legilor pretinde sancţiuni în cazul încălcării lor, astfel încât cetăţeanul are a se teme de braţul justiţiei. Educaţia se face şi ea cu sancţiuni, pozitive şi negative. La om, în cea mai mare măsură frica se învaţă. În lumea umană indivizii se pot concura şi confrunta pe viaţă şi pe moarte. Majoritatea fricilor umane se referă la confruntarea cu alţii sau cu instanţe umane. Omul e singurul animal care practică uciderea intraspecifică care este chiar instituţionalizată prin meseria militară şi războaie. Când se confruntă decisiv cu altul sau cu mai mulţi oameni, subiectul trebuie să fie impulsionat de curaj şi energie expansivă; dar în mod normal, anxietatea fobică nu lipseşte în cadrul lupei, sunt însă şi persoane mai puţin curajoase pentru care condiţia confruntării care extermină e extrem de anxiogenă.

Anxietatea fobică creşte dacă subiectul se află singur şi expus în faţa multor oponenţi şi duşmani, care cunosc şi au uşor acces la punctele sale vulnerabile. Deci, dacă capacitatea de a face faţă agresiunii e subminată. Ea se reduce însă dacă subiectul obţine „suport” şi „sprijin” din partea altora. Şi în primul rând de la

persoanele de ataşament şi de la cele puternice în care are încredere. Adică dacă alţii, puternici, „îl susţin", „îi acordă suport", un „sprijin de braţ"; sau, „îi asigură spatele". În mod semnificativ delirul de persecuţie paranoid se însoţeşte de sentimentul urmăririi şi supravegherii intimităţii; căci în măsura în care duşmanul s-a apropiat şi se află în imediata proximitate, el poate lovi oricând şi eficient subiectul care nu mai are cum să se protejeze „spaţial", nu se mai poate ascunde nu mai aure „nicio portiţă de scăpare". <u>Dimensiunea anxios fobică a psihismului persoanei umane se deineşte, în esenţa sa, pe coordonatele spaţiale ale raportării la lume şi în primul rând ale relaţionării interpersonal sociale</u>.

Dispoziţia anxioasă se limitează la presentimentul unui posibil pericol iminent dar nedefinit şi neprecizat ca temă şi împrejurări (moment şi loc) de apariţie, în raport cu care subiectul se simte vulnerabil. Preconştiinţa faptului de a nu putea face faţă pericolului, sentimentul slăbiciunii, a lipsei de forţă şi control a situaţiei, a lipsei mijloacelor de apărare şi a accesului la ajutor, inexistenţa unor căi asigurate de retragere la nevoie, creşte sentimemtul de vulnerabilitate şi predispun spre trăiri anxios fobice. Iar în măsura în care un pericol definit şi evident ajunge să ameninţe subiectul astfel încât el nu mai întrevede nicio cale de scăpare, poate fi trăită spaima, groaza, panica în faţa morţii iminente. Criza de angoasă poate fi considerată ca o declanşare anormală a unei asfel de trăiri, în afara unor situaţii care o determină efectiv, prin semnificaţia lor.

Anxietatea paroxistică, angoasa, panica, au fost caracterizate, şi în afara psihopatologiei, ca senzaţii subiective acute ale pierderii autocontrolului şi a iminenţei morţii. În descrierea acestor trăiri au fost invocate de asemena predominent metafore spaţiale. De fapt însăşi termenul de angoasă şi de anxietate derivă de la o expresie latină ce trimite spre îngustare. Au fost folosite apoi expresii ca: „impresia că pământul fuge de sub picioare...." că „se taie picioarele".."că lipsesc punctele de sprijin şi reperele".."sentimentul de prăbuşire, de cădere în gol, în abis". Referinţe la spaţialitatea lumii trăite se întâlnesc şi în

unele fobii aflate la limita normalităţii: fobia de înălţime, de locuri închise, înguste, fără posibilitate de retragere, de spaţii largi în lipsa unor puncte de sprijin. Toate acestea pot fi puse în relaţie şi cu condiţia spaţială verticală a corporalităţii umane, caracterizată prin staţiunea bipedă şi privirea concentrată. În biologie există desigur multiple variante de staţiuni şi deplasare, inclusiv cea arboricolă, la maimuţe. Dar nu ceva similar staţiunii umane. Pentru om staţiunea verticală are o semnificaţie cu totul specială, asupra căreia atrăgea atenţia Eliade, ea fiind corelată cu tema stabilităţii lumii organizate de un centru din care se înalţă un ax spre o lume transcendentă, generatoare şi protectoare.

Patologia anxios fobică umană se corelează în mare parte cu acţiunile ce se realizează prin deplasarea pe orizontală, cea care necesită un teren ferm sub picioare şi un bun control al teritoriului, al spaţiului imediat înconjurător, perceput ca spaţiu al acţiunilor posibile.

Chenar 14

**Eliade despre poziţia verticală a omului şi începuturile religiozităţii**

"Poziţia verticală a omului marchează depăşirea condiţiei primatelor. Nu ne putem menţine în picioare decât în stare de veghe. Graţie poziţiei verticale spaţiul este organizat într-o structură inaccesibilă pre-hominizilor: în patru poziţii orizontale proiectate pornind de la un ax central "sus-jos". Altfel spus, spaţiul se lasă organizat în jurul corpului omenesc, ca întinzându-se în faţă, în spate, la dreapta, la stânga, sus, jos. Pornind tocmai de la această poziţie originară – a te simţi "azvârlit" într-un mediu de întindere aparent nelimitată, necunoscută, ameninţătoare – se eliberează diferite moduri de "orientatio"; căci nu putem trăi mult timp în ameţeala provocată de dez-orientare. Această experienţă a spaţiului omenesc în jurul unui "centru" explică importanţa diviziunilor şi împărţirii teritoriilor, a aglomerărilor şi a locuinţelor, cu simbolismul lor cosmologic".

Confruntarea cu duşmanul într-o luptă pe viaţă şi pe moarte se desfăşoară la fel ca orice acţiune umană eficientă, pe suprafaţa orizontală a pământului ferm, ea neputându-se realiza eficient pe o mlaştină. Controlul asupra teritoriului din preajmă e deosebit de important pentru cel ce se confruntă sau trebuie să se ascundă. Când intervine însă condiţia ultimă, a pericolului suprem, deşi nedefinit, care e pe cale să anihileze prin moarte însăşi existenţa persoanei, trăirea angoasei pune în joc cu preeminenţă dimensiunea verticală a lumii umane. Adică ieşirea din parametrii obişnuiţi ai manipulării eficiente a lumii, care se desfăşoară pe suprafaţa pământului; şi prăbuşirea în abis.

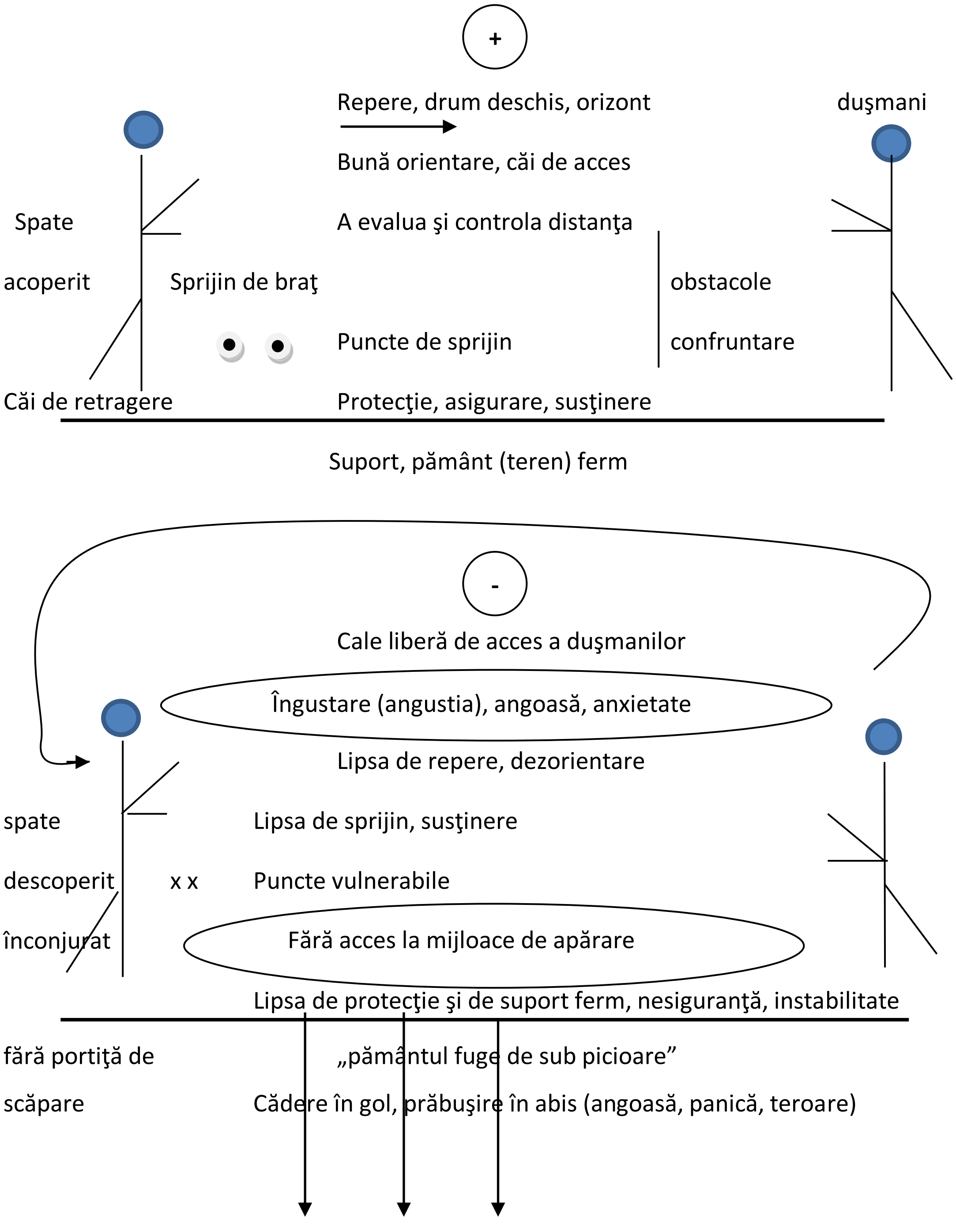
Dată fiind condiţia definitorie de posibilitate dar şi de nedeterminare a pericolului, în starea de AG intervine totdeauna şi o componentă cognitivă în raport cu ambianţa. Ceea ce nu cunoaşte sau nu poate cunoaşte (datorită întunericului, mediului străin etc.) amplifică anxietatea. Iar pe de altă parte, anxietatea e întreţinută de cunoaşterea faptului că el nu are acces la ajutor, că posibilitatea de retragere spre un adăpost e minimă. Nesiguranţa sa creşte în aceste împrejurări şi anxietatea e potenţată. Siguranţa şi încrederea în sine ca factor antianxiogen depinde de o multitudine de factori personali: de constituţia biopsihică, de integritatea şi forţa corporală şi mentală, de istoria biografică de la constituirea ataşamentului până la evenimente recente, de eventuale conflicte intrapsihice, de măsura în care dispune de mijloace de protecţie sau luptă, de sprijin uman, de abilitatea de a face faţă, de faptul dacă are căi de acces accesibile pentru ca eventuala scăpare etc.

Dincolo de conjuncturi, dispoziţia anxioasă e o dimensiune dispoziţională constitutivă a persoanei, la fel ca cea combativă iritabilă conflictuală, ca cea depresivă sau indiferentă, euforică etc. Sunt persoane ce au o constituţie biopsihică predispusă spre anxietate şi persoane imune la anxietate.

**Chenar 15**

**Metafore spaţiale pentru trăirea anxietăţii**

Astfel de metafore sunt folosite în vorbirea curentă din viaţa cotidiană, mai ales în cazul pericolelor, a ameninţărilor şi confruntării cu un duşman.



## 2.3. Descrierea principalelor sindroame anxios fobice

**Anxietatea generalizată (AG)** prin:

Sentimentul continuu al unui pericol neprecizat, nelocalizat în timp şi spaţiu, preocuparea că ar putea să apară o stare periculoasă necontrolabilă;- Îngrijorare excesivă a subiectului privitor la ce se poate întâmpla într-un viitor apropiat, lui sau celor apropiaţi sufleteşte, cu imaginarea unor eventualităţi sau întâmplări nefavorabile ce l-ar putea afecta pe el şi pe cei ce-i sunt apropiaţi; - poate apare chiar sentimentul sau imaginarea unei catastrofe iminente, a morţii sau înnebunirii sale dintr-o clipă în alta; - sentiment de încordare, de tensiune interioară, iritabilitate, irascibilitate, nerăbdare; - imposibilitate de relaxare psihică; - reţinere faţă de necunoscut, faţă de contactul cu noul, cu persoane necunoscute, faţă de situaţii problematice; - neplăcere de a rămâne singur, reţinere faţă de întuneric; - atenţie exagerată acordată funcţionării propriului corp cu interpretarea catastrofică a senzaţiilor corporale ca posibili indici de boală sau a unei disfuncţii fatale.

- În perspectiva timpului trăit subiectul se concentrează pe un prezent punctiform, intens trăit, deschis spre un viitor problematic şi periculos, nefavorabil. Trecutul nu interesează decât în măsura în care ar putea informa despre eventuale pericole. Viitorul nu poate fi abordat într-o perspectivă îndepărtată. Prezentul nu e bine controlat în perspectiva desfăşurării activităţilor fireşti şi a celor performante; se impune nerăbdarea, lipsa de calm, de aşezare liniştită în vederea unei activităţi sau a contemplării.

- În raport cu sine, subiectul se simte nesigur, vulnerabil şi neajutorat, cu nevoie de protecţie din partea unor persoane puternice şi nevoie de contact social. Pe alţii îi împarte în persoane apropiate cărora le cere ajutorul şi au valenţe de asigurare protectivă; şi persoane necunoscute, nesigure, posibil periculoase; În perioadele de anxietate crescută este dorită prezenţa oricui. Se manifestă o nevoie crescută de contact social, uneori cu oricine, mai ales seara. Deseori nu poate dormi singur.

Din punct de vedere al performanţelor cognitive se constată:

- Atenţia este hipermobilă investigatorie, dispersată, cu dificultăţi de concentrare şi persistenţă; - hiperatenţie şi percepţie crescută faţă de stimuli externi şi interni (informaţii, senzaţii, percepţii) care ar putea fi relevanţi pentru evenimente posibil periculoase; - percepţii corporale neplăcute, cenestopatii, dureri musculare; - memoria şi imaginaţia pot fi crescute în raport cu anumite teme posibil relevante pentru un eventual pericol; - cursul gândirii este segmentat din cauza dificultăţii de persistenţă; - subiectul acordă o semnificaţie distorsionată, majoră, periculoasă, catastrofică unor informaţii banale, ca de exemplu palpitaţiilor; - deşi e prezentă o stare hipervigilă, randamentul intelectual este de obicei scăzut din cauza dificultăţilor de concentrare şi persistenţă.

Din punct de vedere comportamental şi al expresiei, se constată:

- Nelinişte psihomotorie: subiectul nu poate sta într-un loc, îşi frământă mâinile, îşi roade unghiile; - tensiune musculară (tonus muscular crescut, care poate duce la dureri musculare), tresăriri, mioclonii; - postură încordată, cu reacţie de tresărire la zgomot; - imposibilitate de relaxare corporală; - iritabilitate cu hiperreactivitate la stimuli; - tremor al mâinilor; - voce tremurată şi precipitată.

Expresia mimică este de investigare tensionată, cu mişcări permanente ale ochilor, care exprimă frică; fruntea e încreţită după modelul mirării, uneori cu încruntare; faţa poate exprima îngrijorare.

Din punct de vedere bio-corporal, vegetativ se constată :

- Un bioritm în care subiectul se simte mai rău în a doua parte a zilei, spre seară, când se apropie întunericul, mai ales dacă e singur.

- Dissomnie, cu adormire dificilă (din cauza dificultăţii de relaxare, a nesuportării întunericului şi singurătăţii, a fricii de coşmaruri); - somn neliniştit, agitat, cu coşmaruri de cădere în gol sau imposibilitatea de a se deplasa, treziri nocturne, uneori cu atacuri de panică; - tulburări de bioritm cu rău vesperal (spre seară anxiosul se simte mai rău, nu poate sta singur, nu poate adormi sau se culcă cu lumina aprinsă); - ritm cardiac rapid, uneori cu creşterea TA; - tahipnee; -

tranzit intestinal accelerat, scaune moi şi frecvente, balonări, borborisme, regurgitaţii, eructaţii, uneori greaţă şi dureri abdominale; - polakiurie; - ejaculare precoce, frigiditate, amenoree, pierderea libidoului; - transpiraţii (mai ales în palme şi axile); - dermografism crescut, piloerecţie, - parestezii (senzaţii de arsură, furnicături, roşeaţă); - la nivelul extremităţii cefalice uscarea gurii, înceţoşarea vederii, roşeaţă şi paloare a feţei; - ameţeli.

-

- Anxietatea generalizată se poate asocia sau poate fi întreţinută de diverse boli somatice cum ar fi hipertiroidismul sau hipertensiunea arterială. În perspectivă psihopatologică, în primul rând se asociază cu atacurile de panică, mai ales ca anxietate anticipatorie sau crize de panică nocturne ce trezesc subiectul din somn. Apoi, cu fobiile, ca stare de fond; şi cu tb. obsesiv compulsivă şi cu depresia. Înţeleasă ca „dimensiune anxioasă” combinată deseori cu „dimensiunea depresivă” AG se întâlneşte în foarte multe stări psihopatologice, inclusiv în cele de dezadaptare şi cele condiţionate organic cerebral.

Anxietatea poate fi şi de intensitate majoră, psihotică, întâlnindu-se în patologia paranoidă, schizofrenie şi în diverse tulburări organice generale şi cerebrale.

Atacul de panică (AP)

În normalitate echivalentul atacului de panică poate fi considerat spaima intensă condiţionată de pericole reale. Fenomenologic şi simptomatologic el se articulează stării de anxietate generalizată.

A.P.în calitate de manifestare psihopatologică este o tulburare paroxistică, delimitată în timp ca o „criză” ce apare brusc şi fără motiv aparent, comprehensiv. Subiectiv persoana trăieşte sentimentul morţii iminente sau alte fenomene neplăcute; sunt prezente importante manifestări corporale, mai ales fenomene neurovegetative. Trăirea poate induce o anxietate de aşteptare privitoare la apariţia unui nou atac. În cursul atacului de panică, care poate dura câteva minute, rareori peste o oră, apar următoarele simptome:

Din punct de vedere subiectiv pacientul trăieşte:

-sentimentul foarte neplăcut a ceva rău care urmează să se producă în viitorul imediat; trăirea cea mai frecventă este cea a sentimentului de moarte iminentă, de dispariţie; - frică de a-şi pierde autocontrolul, de a înnebuni;

- senzaţie de prăbuşire, de cădere în gol; - trăire de depersonalizare şi de derealizare; - senzaţie de plutire; - senzaţie de sufocare, lipsa de aer;

- senzaţia că inima i se opreşte dintr-un moment în altul, motiv pentru care stă continuu cu mâna pe puls; - durerei în diverse zone corporale, predominant abdominal.

- subiectul e în stare de alertă psihică, hipervigil, atent la funcţionarea propriului corp, nu se poate debarasa de fixarea sa pe evenimentul neplăcut de spaimă pe care îl trăieşte foarte intens, pentru a percepe normal şi a gândi raţional; imaginează eventualităţi negative grave ale evoluţiei stării sale, în principiu apropierea vertiginoasă a morţii.

- Din punct de vedere comportamental şi expresiv:

- Solicită ajutor continuu şi insistent, prezenţa altora (pe care îi poate ţine de mână), intervenţia cadrelor medicale (transportul la spital); - uneori se precipită cu orice mijloc spre un serviciu medical; - alteori poate fi siderat, neclintit sau agitat; - este tensionat, preocupat de funcţionarea propriului corp, îşi verifică pulsul, aspectul în oglindă; - faciesul exprimă frică, spaimă, teroare.

- Corporal biologic şi neurovegetativ se constată:

- Tahicardie paroxistică, cu posibile tulburări de ritm şi creşterea tensiunii arteriale; - hiperpnee, uneori senzaţia că e nevoie de un efort pentru a respira; - tranzit intestinal accelerat, balonări, eructaţii, dureri abdominale (uneori în bară care conduc la suspectarea unei pancreatite); - polachiurie, poliurie; - transpiraţii profuze mai ales în palme şi axile; - paloare marcată;

- cefalee (uneori migrenoasă); - vertij; - înceţoşarea privirii; - uscăciunea

gurii; - dificultate de deglutiţie; - roşeaţă sau paloare a feţei; - dermografism accentuat; piloerecţie; reflexe vii.

A.P. poate fi facilitat de unele suferinţe organice generale, endocrine şi neurologice. El poate apărea în contextul A.G. (mai ales seara şi noaptea), a tulburărilor fobice (la contact cu obiectul fobogen), în depresie (predominant dimineaţa) şi în cadrul altor tulburări psihotice (schizofrenie, tulburare bipolară). Ridică probleme importante de diagnostic diferenţial cu suferinţe somatice. Dintre tulburările psihice se cere diferenţiat de crizele conversive hiperexpresive care se desfăşoară în prezenţa unui public semnificativ, pentru a-l impresiona – şi nu doar pentru a cere protecţie şi siguranţă antianxiogenă – şi nu prezintă tulburări neurovegetative importante ci manifestări conversive corporale pe musculatura striată; cele două manifestări se pot însă combina.

După apariţia unuia sau mai multor A.P. subiectul trăieşte o anxietate de anticipatorie; dacă apar circumstanţe asemănătoare cu cele în care s-a produs precedentul atac, el devine încordat, deosebit de atent mai ales la funcţionarea propriului corp, îşi analizează toate senzaţiile corporale ca posibili indici ai apariţiei atacului, fapt care favorizează în cele din urmă chiar reapariţia acestuia.

Tulburările fobice

Fobia psihopatologică poate fi considerată o frică insuficient sau deloc motivată pentru subiect şi pentru alţii, care e trăită intens, e neadaptativă, induce suferinţă şi perturbă funcţionarea normală a subiectului. Fobia, la fel ca frica, este centrată de teme fobogene – obiecte, fiinţe, situaţii – care sunt cunoscute de subiect, sunt evitate sau confruntate după ce s-au făcut asigurări (în sensul de a fi protejat, sprijinit de cineva puternic). Apropierea de situaţia fobogenă este însoţită de o anxietate anticipativă, cu hipervigilenţă, stare de alertă şi atenţie exagerată acordată stimulilor ce anunţă pericolul. Iar confruntarea conduce la o trăire neplăcută subiectiv care e însoţită de fenomene neurovegetative; de obicei apare un atac de panică sau un echivalent al acestuia.

Fobiile speciale

Acestea se referă la fobii faţă de diverse fiinţe sau situaţii. Ele sunt frecvente la populaţia normală, în unele cazuri rezultând din experienţe neplăcute. Dar pot avea şi o origine înnăscută sau mai complexă, care a fost interpretată (mai ales de psihanaliză) ca rezultând din mecanisme preconştiente ca „deplasarea”, mascarea, simbolizarea. Iar în cazuri psihopatologice intensitatea lor e mai mare decât la populaţia generală. Se menţionează:

- Fobia de animale: poate fi vorba de animale mari, cai, boi, câini; sau de animale mici, şoareci, gândaci, păianjeni, aceştia inducând mai degrabă scârbă. Foarte răspândită e fobia şi scârba de şerpi şi târâtoare. Fobiile de animale se întâlnesc şi în prima copilărie de obicei estompându-se ulterior.
- Fobia de elemente naturale: apă, foc, tunete, fulgere.
- Fobia de sânge (se consideră că e în mare măsură înnăscută); fobia de medic (de obicei indusă); fobia de medicamente, de stomatolog. Fobia de boli şi de medicaţie, de spitalizare.

Fobiile strict spaţiale pot fi considerate o subclasă a precedentelor, dar centrate evident pe raportarea la situaţii spaţiale. Se descriu: - Fobia de înălţime (de a se urca într-un turn, a sta pe balcon la un etaj înalt, a traversa o creastă de munte): Fobia de adâncime, ca variantă a precedentei (a privi de pe un pod înalt, a trece o punte peste un pârâu, a privi într-un puţ adânc, a sta singur într-o barcă pe un lac );- Fobia de spaţii largi: a trece singur prin mijlocul unei pieţe largi goală, a trece singur o stradă largă chiar dacă nu vine nici un vehicul; dar mai ales dacă se apropie unul, chiar dacă e foarte îndepărtat;e de precizat că în cazul fobiei de a traversa o piaţă goală, subiectul poate ajunge de cealaltă parte a pieţei mergând pe lângă case sau însoţit de o altă persoană, chiar un copil mic sau împingând un cărucior, acestea putând constitui un „punct de sprijin” spaţial. Sindromul a mai fost denumit „vertij de piaţă” („Platzschwindel descris de Westphal”) sau agorafobie în sens restrâns; - Fobia de spaţii înguste, strâmte, închise, fără o

posibilitate uşoară de a le părăsi, denumită claustrofobie. Poate fi vorba de coridoare strâmte, camere mici şi închise (celula de detenţie), cabină de lift, interiorul unui tramvai sau tren în mers, al unui avion. În ultimul caz se adaugă fobia de înalţime la fel ca în cazul deplasării în cabina unui teleferic.

În fobiile spaţiale e de presupus o perturbare a percepţiei spaţiale, a distanţelor şi punctelor de sprijin fizice. Dar ele se pot combina - cel mai clar în cazul agorafobiei – cu prezenţa oamenilor. Astfel fobia poate fi maximă într-un tramvai aglomerat, în mijlocul unei săli de spectacol (de aceea, fobicul se aşează pe locurile de la margine, aproape de ieşire) sau pur şi simplu într-o aglomeraţie umană. Aceste situaţii sunt de obicei incluse în patologia mai amplă a agorafobiei.

Fobia (anxietatea) socială

Fobia socială constă în teama exagerată şi disfuncţională a subiectului de a se manifesta în faţa unui grup relativ mic de oameni, a unui public puţin cunoscut, care l-ar putea evalua şi aprecia negativ, critica. Pe măsură ce subiectul se manifestă în faţa unui grup social, apare o stare emotivă tot mai pronunţată cu inhibarea funcţionării psihice adecvate şi cu fenomene neurovegetative (echivalentul unui atac de panică): tahicardie, dispnee, fenomene vasomotorii , roşeaţa feţei, transpiraţii, tremurături, greaţă, nevoia de a urina. Desfăşurarea comportamentului respectiv e perturbantă, blocantă şi deseori subiectul renunţă să se mai manifeste. Ulterior evită situaţia respectivă, cu anxietate anticipatorie, argumentată de fobia de a nu roşi în public (ereutofobia) şi de a atrage astfel atenţia asupra sa.

Situaţii fobogene din această clasă sunt: a vorbi în faţa unui auditoriu, a prezenta un examen oral, (deşi, poate avea performanţe bune dacă să examenul scris) a se prezenta într-un spectacol, a conversa cu o persoană necunoscută, a sta într-un prezidiu şi a lua cuvântul la şedinţă) a mânca în public, a scrie sau a face orice acţiune sub privirile altora, a vorbi de la telefoane publice, a utiliza WC-ul public (cu inhibiţia micţiunii), etc.

Subiectul care prezintă fobii sociale este de obicei timid, sensibil, emotiv, impresionabil şi re de obicei o asertivitate redusă. Fobia (anxietatea) de separare se manifestă în primul rând la copil în perioada 1-3 ani în corelaţie cu constituirea relaţiei de ataşament. După 8 luni copilul devine sensibil şi reacţionează comportamental cu indici de nelinişte, anxietate, atunci când pleacă mama şi apare o persoană necunoscută. În funcţie de felul în care se realizează relaţia de ataşament (ataşament sigur, nesigur, evitant, ambivalent, fuzional, dezorganizat) anxietatea la despărţirea de mama protectoare poate fi mai mică sau mai mare. La vârste ulterioare, inclusiv în perioada adultă, situaţia separării de fiinţele şi spaţiul protectiv se poate constitui într-o temă fobică.

Fobia de separare se poate defini ca teamă de a se îndepărta de fiinţele şi locurile resimţite ca protectoare, care dau siguranţă subiectului; îndepărtarea condiţionează nesiguranţă, anxietate şi chiar atacuri de panică. Situaţia se poate realiza fie prin plecarea fiinţei protectoare, fie prin depărtarea subiectului departe de aceasta şi de spaţiul familiar şi cunoscut, care dă siguranţă; contactul cu persoane şi situaţii necunoscute accentuează anxietatea. La om ea se poate prelungi dincolo de vârsta primei copilării în perioada şcolară fiind o componentă importantă a fobiei de şcoală. Se poate manifesta prin refuzul de a merge singur în excursii, tabere, la diverse manifestări îndepărtate de casă.

Fobia de şcoală a fost descrisă în perioada începutului şcolarităţii sau la reîntoarcerea din vacanţă şi constă din neplăcerea de tip fobic de a frecventa şcoala. Uneori se manifestă la copii după fiecare sfârşit de săptămână. Deşi pleacă de acasă copilul nu se duce la şcoală, rătăceşte prin diverse locuri şi nu informează părinţii despre situaţie. Se consideră că e pluricondiţionată, întervenind şi evenimente, experienţe şi atitudini nefavorabile experimentate la şcoală. Dar şi situaţia relaţională cu persoane de ataşament, de ex. starea depresivă a mamei.

Agorafobia

Constă în teama subiectului de a se deplasa şi manifesta în afara spaţiilor familiare şi protejate, mai ales de a fi prezent şi a acţiona departe de acestea, în

aglomeraţiile umane. În cadrul agorafobiei se conjugă fobii spaţiale, fobia de separare, fobii sociale.

– Forma cea mai simplă e deplasarea în afara casei, chiar în spaţii epopulate; mai anxiogene sunt zonele intens populate, magazinele, bazarele cu multă lume, deplasarea cu mijloacele de transport în comun, mai ales dacă sunt aglomerate, deplasarea departe de locurile familiare cu tramvaiul, autocarul, autobusul, trenul, avionul (deplasarea cu automobilul în prezenţa persoanelor familiare nu ridică probleme. Uneori pacientul se poate deplasa cu bicicleta.

– Este dificilă participarea la spectacole, în săli aglomerate, la şedinţe, la reuniuni unde sunt reunite multe persoane, nunţi, botezuri, etc. Faptul de a fi obligat să vorbească oficial în aceste împrejurări creează o dificultate în plus, la care participă şi fobia socială.

În toate aceste împrejurări apare o anxietate crescândă ce conduce la atac de panică. Uneori atacul de panică apare relativ brusc, neaşteptat pentru subiectul care până atunci nu a remarcat sensibilitatea sa faţă de spaţiile publice, cu manifestări ce sugerează o intervenţie medicală de urgenţă. După o astfel de experienţă, el evită situaţiile fobogene respective (departe de spaţiul familial şi protector, în zone aglomerate, închise, cu ieşire dificilă din ele). Parcurgerea sau prezenţa în astfel de spaţii şi situaţii, poate fi uneori posibilă împreună cu o persoană de încredere (conduită de asigurare). Variante ale agorafobiei, în combinaţie cu alte fobii, pot fi: - frica de a se deplasa cu trenul sau avionul; - dificultatea sau frica de a călători şi a sta singur în locuri îndepărtate şi necunoscute. Nu toate situaţiile menţionate au o intensitate anormală, patologică.

Condiţia agorafobiei, a anxietăţii de separare şi a celei sociale, scoate în relief starea de rău pe care o poate trăi subiectul când se află departe de zona protejată şi sigură a spaţiului locuinţei, alături de persoanele de ataşament. În patologia propriu zis fobică, factorul cel mai liniştitor e prezenţa unei persoane de încredere (de ataşament) pe care subiectul o resimte puternică şi protectoare; precum şi a unei

ambianţe fizice cu care e familiarizat (aşa cum e „acasă"). Această condiţie contrastează cu starea de rău anxios fobice care o trăiesc pacienţii cu TOC, ce se petrece în intimitatea locuinţei, în proximitatea sinelui corporal, constând în fobii de contaminare şi problematica ordonării şi ritualurile actelor cotidiene, incluzând plecarea de acasă. Desigur, frecventarea locurilor piblice „murdare", accentuează fobia de microbi. Dar psihopatologia abordează acum o zona ă spaţialităţii existenţei personale care apare ca protectoare pentru o importantă arie a psihopatologiei anxios fobice. Locuinţa, spaţiul activităţii intime, limitele propriului corp. În TOC, disfuncţia psihopatologică atacă tocmai în zona  care apare ca protectoare pentru o importantă arie a patologiei anxios fobice.

Tb. anxios fobice se corelează cu trăirea structurilor spaţial antropologice în care persoana conştientă trăieşte în sensul că pericolul ce o condiţionează se corelează, în psihopatologie dar şi în normalitate, cu îndepărtarea de spaţiul protejat al locuinţei şi comuniunii cu cei apropiaţi sufleteşte. Depărtarea dee locuinţă, care e o condiţie paradigmatică în agorafobie, are până la un punct un echivalent în biologie, prin situaţia explorării de unul singur a unui teritoriu necunoscut, posibil periculos. Dar la om spaţialitatea fizică e dublată de cea antrpologică care începe cu relaţia de ataşament prin care în normalitate mama protectoare se localizează, prin introjectarea imagoului său (în „internal working model" – Bowlby) în chiar psihismul subiectului, oferindu-i protecţie şi din interiorul său. Şi la fel, subiectul se pot resimţi protejat de fiinţe supranaturale. Totuşi, şi apropierea fizică faţă de persoanele apropiate şi puternice (sau accesul uşor la acestea) reduce anxietatea fobică şi creşte curajul. În schimb, manifestarea psihică în faţa unor persoane necunoscute este condiţia de bază a anxietăţii sociale. Patologia internalizată anxios fobică se derulează sub nevoia protecţiei spaţiale a casei proprii şi a celor apropiaţi în faţa potenţialului agresiv periculos a lumii exterioare şi străinilor.

Alta e situaţia în cazul persoanelor cu comportamente externalizate cu manifestări disruptiv conflictuale, explozive, vindicative. În aceste cazuri se manifestă o atitudine ergică şi asertivă, de confruntare, bazată pe o dispoziţie afectivă iritabil expansivă, beligerantă. Iar în cazul tb. de conduită şî mai ales în cel a tb. de personalitate antisocială se poate întâlni chiar absenţa emotivităţii sociale, a anxietăţii şi fricii.

Revenind la tema structurii psihismului conştient şi a fundalului disponibilităţilor sale de a actualiza, în diverse situaţii, în funcţie de semnificaţia acestora, variate stări dispoziţionale – de tip anxios retractil, competitiv sau iritabil de confruntare, euforic sărbătoresc, depresiv, rece observaţional etc.), se poate relua vechile oervaţii temperamentale privitor la faptul că, la diverse persoane, constelaţia stărilor dispoziţionale avute la îndemână variază, cel puţin cu uşurinţa şi intensitatea de actualizare şi manifestare. În acest sens s-ar putea contrabalansa persoane care sunt constituţional expansiv combative şi conflictuale iar altele, tot constituţional emotiv anxioase. De aceea şi în privinţa anxietăţii se cere să fim atenţi la caracteristicile constituţionale.

**2.4. Anxietatea exprimată în planul personalităţii.**

În comentarea tipurilor de tulburare de personalitate (TP) sistem DSM-III-5 le grupează în trei clustere, A,B,C. Ultimul, C, format din T.P. evitantă, dependentă şi obsesiv compulsivă, este caracterizat în ansamblu prin faptul că cei incluşi ar fi anxioşi, marcaţi de frică. Deoarece TPOC va fi comentată separat, vom prezenta şi comenta pe scurt celelalte două tipuri.

**<u>T.P.evitantă</u> e caracterizată printr-o inhibiţie socială generalizată, sentimente de neadecvare şi hipersensibilitate la evaluări negative. Pentru un diagnostic pozitiv se cer a fi prezentate cel puţin 4 din următoarele caracteristici: - evită acţiunile profesionale care presupun contacte interpersonale semnificative datorită fricii, dezaprobare sau rejecţie; - nu se apropie de alte persoane decât atunci când este sigur că va fi plăcută de aceasta; - are relaţii intime restrictive datorită fricii de a nu fi ridiculizat; -**

**este preocupat în mod constant de gândul că ar putea fi criticat sau rejectat în situaţii sociale; - este inhibat în relaţii intrpersonale noi datorită unui sentiment de neadecvare; - se vede pe sine ca neatractiv social, ca neadecvat, inferior altora; - e reţinut în a-şi asuma riscuri personale sau a se angaja în acţiuni noi, de frică că va intra în încurcătură.**

Trăsăturile menţionate mai sus ce caracterizează TP evitantă sunt, evident, similare cu trăiri din tb. de anxietate socială, doar că sunt extinse la o condiţie de fond, temperamental-caracterială a personalităţii, bazată pe hiperemotivitate socială, redusă asertivitate şi stimă de sine. De fapt, cercetările clinice au comentat această similitudine, ce susţine ideea de continuum între cele două tulburări. Anxietatea ce se exprimă în acest caz, se corelează cu un sentiment precis al scăderii stimei de sine în situaţii publice, care e ruşinea. Ruşinea s-a diferenţiat în psihismul omenesc odată cu diferenţierea urbană între viaţa intimă şi cea publică, în care se cere purtată o anumită îmbrăcăminte şi rescpectate reguli de comportament precise. Variantele psihopatologice ale ruşinii se exprimă în sindromul senzitiv de relaţie (odată cu comentarea acestuia se va reveni asupra problemei).

**<u>TP dependentă</u> se caracterizează prin faptul că excesiv de sumisivă. Nu are păreri şi opinii proprii, nu ia singur decizii, nu-i contrazice pe alţii, singur nu duce la capăt proiectele, face orice ca să nu fie părăsit de persoana autoritară pe lângă care trăieşte; iar dacă aceasta dispare, caută grabnic alta.**

O astfel de caracterizare indică, desigur, o atmosferă anxioasă care înconjoară existenţa persoanei respective, din cauza unei majore neîncrederi în sine şi a lipsei de a decide singur, în numele său. Deci, lipseşte nucleul „agenţiei” proprii, care să-i permită să-şi ia soarta în propriile mâini; un astfel de caz subliniază clar faptul că anxietatea are la bază, de fapt, o insuficienţă a sinelui asertiv, chiar în lipsa unui pericol real sau posibil. Cazul persoanei dependente retrimite la circumplexul lui Bakan, (care stă la baza celui al epitetelor

interpersonale), a cărui axă verticală se desfăşoară între dominaţia autoritară şi dependenţa sumisivă. Dependenţa nu generează anxietate dacă prin ea subiectul e complet protejat, condus, dirijat. Dar existenţa acestui ax e importantă pentru a gândi diversitatea variantelor tipologice de TP . Aşa de exemplu TP paranoidă, are o variantă de suspicios luptător (pe care germanii au numit-o „Kampfparanoia”) şi una retrasă şi sperioasă ce dezvoltă sindrom senzitiv de relaţie. La fel pot sta lucrurile în cazul histrionicului (între varianta manipulativă şi cea care se vrea mereu compătimită şi protejată); şi chiar a narcisistului care poate avea pretenţii agresive de la cei din jur sau doar reverii megalomane. În sfârşit, în cazul TP obsesiv-compulsivă această polarizare diferenţiază între anankastul rigid şi hiperperfecţionist şi psihastenul ambivalent şi abulic.

Polul dependenţei, cel în care autonomia subiectului e marcat deficitară, inclusiv în iniţiera şi realizarea de acţiuni, poate avea deci multiple variante între polul anxietăţii şi celo al indiferenţei. TP dependentă este, în principiu, anjxioasă, mamanifestând o intensă anxietate de separare. Dar psihopatologia înregistrează şi o independenţa apato-abulică, în care subiectul e indiferent faţă de ambianţă, alţii şi sine. El poate fi extrem de sumisiv şi manipulabil, dar nesolicitant, ca în cazul unor schizofreni cu simptomatologie negativă. Problematica anafectivităţii – lipsa de emotivitate, ataşament, dispoziţie afectivă care a apărut odată cu tb. de conduită şi psihopatia, se va continua până la varianta finală, deficitară a schizofreniei negative.

## 3. Mişcările involuntare şi patologia obsesională centrată pe efortul de a acţiona controlat

În raport cu tulburările externalizate agresive şi cele internalizate anxios fobice, tulburarea obsesiv compulsivă (TOC) ar putea fi plasată la mijloc. Deşi, egodistonia şi autocontrolul exagerat înclină mai mult balanţa în direcţia celor internalizate.

Comportamentul obsesiv compulsiv nu a atras atenţia în antichitate, la fel ca spectaculoasa histerie, ci mai recent, în perioada Reformei, când credincioşii îndemnaţi să-şi facă zilnic bilanţul păcatelor ajungeau uneori să se ducă la confesiuni exasperant de des, de câteva ori pe zi. Orientarea creştinismului spre introspecţiune în abisurile conştiinţei şi accentul pe ordine pe care-l stimula modernitatea Europei au fost parametrii ce au favorizat manifestarea .......obsesiv compulsive.

În TOC există un fundal agresiv sesizat de psihopatologi – şi mai ales de psihanalişti – care se exprimă destul de clar în simptomele OC orientate spre distrugere, spre a face rău celor apropiaţi şi neputincioşi; a-l blasfemia şi a încălca tabuuri; şi care se configurează deseori în schiţe de acţiune. Dar aceste simptome se exprimă egodiston, subiectul dedublându-se continuu şi anxios pentru controlul lor. La alt pol simptomatologia TOC induce în subiect trăiri anxios fobice prin sentimentul agresării sale de către microbi şi substanţe neperceptibile sau dezordine. Trăiri ce nu sunt urmate de conduite de retragere şi acundere, ca în fobii, ci de o atitudine activă de contracarare prin compulsii de spălare şi ordonare; iar uneori prin comportament de “anulare retroactivă”.

În TOC se instituie astfel o stare de permanentă tensiune de tip anxios însoţită de o marcată şi continuă propensiune spre controlul situaţiilor şi autocontrol. Aceasta se evidenţiază cel mai pregnant la nivelul tulburărilor de personalitate obsesiv compulsivă (TPOC), prin adeziunea exagerată faţă de

productivitate şi muncă, de pregătirea şi organizarea acestora prin schiţe, proiecte, scheme, tentative continui de act, hiperverificate; astfel încât acţiunile începute sunt greu finalizate datorită nehotărârii, controlului şi perfecţionismului. Iar colaborarea cu alţii e extrem de dificilă, anankastul ţinându-i constant pe ceilalţi la o distanţă oficială şi îndepărtându-i prin hiperscrupulozitatea sa.

Obsesiile psihice şi compulsiile motorii sunt resimţite ca involuntare. De aceea pentru a contura mai clar poziţia intermediară a TOC între tulburările externalizate şi cele internalizate se va începe capitolul prin comentarea tulburării mişcărilor involuntare, ce intră în orbita psihopatologiei, dincolo de mişcările involuntare strict neurologice.

### 3.1. Tulburări neurodevelopmentale ale motricităţii şi tb.ticurilor.

În actuala sistematizare DSM-5, în cadrul capitolului Tb. neurodevelopmentale sunt comentate trei categorii privitoare la motricitate. Prima se referă la **tb. developmentale de coordonare** şi are importanţă mai ales deoarece stă la baza dificultăţilor de achiziţie a praxiilor habituale, de la îmbrăcat la alimentare şi joc; dar, mai ales interferează cu achiziţia limbajului şi a cunoştinţelor şcolare, cititul şi scrisul. Cea de a doua se referă la **tb.mişcărilor stereotipe,** care sunt mişcări repetitive şi fără finalitate, aşa cum ar fi fluturatul mâinilor, balansarea, întoarcerea sau înclinarea repetată a capului, autolovirea propriului corp etc. Acestea pot însoţi alte boli neurologice sau neurodevelopmentale – ca deficienţa mentală, autismul – şi uneori pot ridica importante probleme de îngrijire, datorită autoagresivităţii.

Cea mai importantă tb. din această clasă o constituie însă ticurile.

Ticurile au mai fost împărţite în : - pur motorii şi fonice; - compulsive; de ex. a atinge pe alţii sau un obiect; - agresiune : a zvârli picioarele.

Merită interes continuitatea între ticuri şi manifestări motorii obişnuite precum şi comorbiditatea cu ADHD şi TOC.

**<u>Ticurile</u> sunt definite în DSM-5 ca mişcări motorii sau vocalizări ce se manifestă brusc, rapid, recurent. Ele pot fi simple sau complexe.**

**Tb.ticurilor este una neurodevelopmentală ce apare înainte de 18 ani. De fapt, practic, ticurile încep să se manifestae după 4 ani, mai de vreme la băieţi, cu un vârf de intensitate în jur de 10 ani; după care pot descreşte în intensitate, uneori manifestându-se şi la vârsta matură. Durata şi complexitatea lor este variată – fiind distinse 3 grade:**

- **Tb.Tourette, care e varianta cea mai complexă, constă din multiple ticuri motorii, şi una <u>sau</u> mai multe ticuri vocale, inclusiv complexe, cu durata mai mare de 1 an.**
- **Tb.ticurilor persistentă (cronică) constă din unul sau mai multe ticuri verbale sau motorii cu durată de peste 1 an, intensitatea putând varia în timp. Ea are deci două variante: motorii sau verbale;**
- **Tb.ticurilor tranzitorie, în care sunt prezente unul sau mai multe ticuri, motorii şi/sau verbale, ce durează mai puţin de 1 an.**

**Ticurile simple motorii durează mai puţin de o secundă. Exemple pot fi: clipirea ochilor, întoarcerea capului, ridicarea din umeri, extensia picioarelor. Ticurile simple în aria vocalizării constau în emiterea de sunete cum ar fi cel al curăţirii gâtlejului, pufăieli, mormăieli (grunding) etc.**

**Ticurile complexe motorii durează câteva secunde şi constau de obicei din combinarea celor simple : întoarcerea capului plus ridicarea din umeri, extensia membrelor şi grimase faciale etc. Uneori se pot exprima gesturi obscene (copropraxie); sau imitarea unei acţiuni a cuiva prezent (ecopraxie). Ticurile verbale complexe pot fi: repetarea ultimelor cuvinte sau sunete pe care subiectul le-a spus (polilalie), imitarea ultimelor cuvinte spuse de altul (ecomimie), expresii obscene, defăimătoare etnic sau religios, ce sunt enunţate abrupt de către pacient, fără nuanţare (coprolalie).**

**Ticurile apar spontan şi nevoluntar.Totuşi, uneori pacientul care simte apariţia lor, le poate amâna pentru scurt timp, dar nu suprima. Unele ticuri sunt precedate de o tensiune de precipitare ("urge" resimţită în muşchii din diverse părţi ale corpului, care realizează apoi ticul, descărcând tensiunea. Fenomenul e similar cu unele compulsii şi ritualuri din TOC.**

Un aspect al continuităţii între ticuri şi mişcări normale poate fi clipitul, care e o reacţie de apărare. Şi alte mişcări ce se exprimă ca ticuri sugerează o atitudine de retragere sau apărare fizică; iar altele, o ripostă sau atitudini agresive. Prin astfel de asemănări patologia ticurilor apare corelată cu relaţionarea interpersonală ceeace nu se poate spune despre ADHD. În perioada 3-6 ani se întâlnesc frecvent câteva obiceiuri comportamentale ca suptul degetului, scobitul în nas sau rotirea capului, care seamănă cu ticurile. Ele sunt însă de obicei tranzitorii.  La fel şi unele miscări stereotipe ca legănatul capului, corelate deseori cu carenţa afectivă şi de îngrijire. Se cere ţinut seama de faptul că predispoziţia genetică pentru ticuri se consideră a fi mult mai mare decât cazuistica efectivă, astfel încât “penetranţa” acestei predispoziţii este variabilă, fapt ce se constată şi prin gradarea manifestării patologice.

ADHD este pronunţat comorbidă cu tb. ticurilor.Aproape 40-50% din copiii cu ticuri prezintă o istorie de hiperactivitate, neatenţie şi impulsivitate înainte de apariţia ticurilor. Ambele sindroame ar avea la bază acelaşi substrat neuronal al ganglionilor bazali insuficient de bine controlaţi. În aceste cazuri sunt frecvente comportamente impulsiv-disruptive şi neadaptare familială. Copiii care prezintă doar ticuri au în general un comportament internalizat.Cei cu ADHD, au un comportament externalizat, dar fără implicarea directă a altora. Când coexistă tb. ticurilor şi ADHD se pare că se amplifică comportamentul disruptiv interpersonal.

E importantă şi comorbiditatea dintre tb. ticurilor şi tulburarea obsesiv compulsivă (TOC), care în ansamblu e considerate ca internalizată. Dintre cei cu Tb.Tourette la vârsta adultă, 40% îndeplinesc criteriile pentru dg. TOC. Din altă perspectivă, din cei diagnosticaţi cu TOC 1/3 prezintă ticuri, astfel încât se consideră chiar că aceştia ar reprezenta un cluster separat. Pacienţii TOC cu ticuri au un debut mai precoce şi sunt în proporţie mai mare băieţi. Din simptomatologia TOC predomină simptomele de simetrie/aranjare, o rată mai mare a anxietăţii, iar răspunsul la medicaţia antidepresivă specifică e mai scăzut.

În deceniul 2000 a fost propusă o schema a spectrului TOC (Hollander) în care una din coordonate se întindea de la mişcările involuntare neurologice de tip coreic, trecând prin ticuri la compulsiile din TOC; iar alta, de la astfel de compulsii spre comportamentele impulsive. În prezent această schema nu mai e la fel de mult creditată, dar problema rămâne.

Ticurile sunt distincte de mişcările neurologice involuntare (de tip coreo atetozic) prin faptul că, cuprind grupe musculare ce sunt angrenate în mişcări uzuale cu sens, pe care partial le schiţează. Aceste schiţe de mişcări sugerează gesturi de apărare sau ripostă automată, fără a fi corelate cu o ideaţie specifică. Compulsiile din TOC apar mai des în corelaţie cu ideaţia obsesivă constând din scurte acte ce încearcă să contracareze conţinutul obsesiilor.Faţă de obsesia de dezorrdine apare ordonarea; faţă de obsesia de murdărie, spălarea; faţă de intenţiile agresive, verificarea. Există însă şi compulsii mai puţin correlate cu ideaţia obsesivă care se derulează ca nişte ceremonialuri. Acestea sunt de obicei precedate de tensiuni interioare care se detensionează la execuţie. Dar şi în acest caz compulsia: ritual e corelată direct cu anxietatea, ea având o valoare antianxiogenă "magică".Adică, un anumit lucru banal poate fi făcut doar după îndeplinirea ritualului, de ex. intrarea în altă camera sau plecarea de acasă; în lipsa lui existând sentimentul unei nenorociri posibile.

Ticurile se mai cer raportate la comportamentele impulsive simple ce se referă la anumite zone corporale, aşa cum e smulgerea părului (tricotilomania) sau gratarea excoriaţiilor; şi care sunt clasificate în prezent în spectrul TOC.

### 3.2. Patologia obsesiv compulsivă. Circumscriere şi diferenţiere de alte tulburări

Deşi fenomenul obsesiv compulsiv a fost sesizat din perioada ce a urmat Renaşterii, patologia TOC a intrat în orbita psihopatologiei clinice în sec.XIX, cu diverse denumiri şi împreună cu unele trăiri anxios fobice mai speciale. Ea a fost cuprinsă la începutul sec.XX în largul concept de pastenie a lui Janet şi cultivată

apoi de complexe interpretări psihanalitice sub denumirea de nevroză obsesională. Studiile sistematice asupra acestei patologii au început spre sfârşitul sec.XX, în paralel cu cele asupra autismului infantil. Împreună cu acesta şi cu schizofrenie dezorganizantă constituie în prezent un important domeniu de cercetare a tulburărilor formale din psihopatologie, privitoare la ofertarea structurilor portante ale psihismului.

Actualele sisteme de clasificare a tulburărilor psihice folosesc termenul de obsesiv compulsiv (OC) pentru două categorii diagnostice:tb.obsesiv compulsivă (TOC) ce constă din trăiri repetitive ce se manifestă involuntar şi deranjează subiectul; şi, tb. de personalitate obsesiv compulsivă (TPOC), care se referă la persoane cu o structură particulară, preocupate excesiv de control, ordonare, planificare, muncă, verificare; şi care au o relaţie distantă cu celelalte persoane. Comorbiditatea stabilită statistic între TOC şi TPOC nu este mare. Totuşi există o strânsă legătură între ele prin faptul că perturbarea afectează în ambele cazuri anumite structuri ale psihismului persoanei, fapt ce conduce la o egodistonie indecisă şi nesigură, cu lipsă de spontaneitate şi nevoie de control. Egodistonia, ca raportare opozitivă la sine, întreţine o atitudine a subiectului de permanentă problematizare anxios fobică, de indecizie şi incompletitudine. De aceea patologia obsesiv compulsivă se agregă mai mult în aria tulburărilor internalizate, în apropierea celor anxios depresive.

Caracterizarea TOC din DSM-5 deşi e realizată într-un stil comportamentalist, poate constitui un punct de plecare util pentru înţelegerea sindromului obsesiv compulsiv. Precizarea în însaşi cadrul definirii a diferenţierii de alte multiple condiţii anormale ce implică trăiri de tip obsesiv compulsiv, oferă ocazia pentru o scurtă analiză fenomenologică a acestei patologii; precum şi a distingerii sale de trăirile obsesive anormale.

**Tb. obsesiv compulsivă (TOC) e definită (în DSM-5) prin prezenţa obsesiilor şi compulsiilor.**

**Obsesiile se definesc ca:**

- **Gânduri, tendinţe sau imagini recurente persistente care durează un timp, fiind intruzive şi nedorite, creindu-i subiectului o pronunţată anxietate şi neplăcere;**
- **Subiectul încearcă să ignore sau să suprime aceste gânduri, tendinţe sau imagini sau să le neutralizeze cu alte gânduri şi acţiuni (realizând compulsii).**

**Compulsiile se definesc ca:**

- **Comportamente repetitive (e.g. spălarea mâinilor, ordonare, verificare) sau acte mentale repetitive (e.g. se roagă, numără, repetă unele cuvinte în tăcere) pe care subiectul se simte împins să le facă ca urmare a obsesiilor sau în conformitate cu nişte reguli ce ar trebui rigid aplicate:**
- **Comportamentele sau actele mentale au ca obiectiv să prevină sau să reducă anxietatea sau suferinţa, sau să prevină situaţiile de care se teme. În acelaşi timp aceste comportamente sau acte mentale nu se conectează realist cu ceea ce intenţionează să prevină sau sunt în mod evident excesive.**

**Cei mai mulţi pacienţi cu TOC au şi obsesii şi compulsii. Confruntarea cu situaţiile ce crează sau accentuează obsesiile sau compulsiile crează anxietate (până la atac de panică sau dezgust). Când execute compulsiile unii subiecţi descriu un sentiment de "incompletitudine" sau sthingereală şi simt că trebuie să continue până când totul este în ordine (just right). Locurile care accentuează obsesiile fobice pot fi evitate sau confruntate după ce se iau măsuri de precauţie.**

**Obsesiile şi compulsiile consumă multe timp (durează mai mult de o oră pe zi) şi crează neplăceri şi perturbări în viaţa social ocupaţională sau în alte arii de funcţionare.**

**Tulburarea nu e mai bine expliocată de simptomatologia altor tulburări mentale:**

- **Preocupările de frică din anxietatea generalizată;**
- **Preocupări cu aspectul din dismorfia corporală;**
- **Dificultăţi cu posesia din tulburarea de colecţionarism;**
- **Smulgerea părului (tricotilomanie);**
- **Gratajul (din tulburarea escoriaţiilor);**
- **Comportamentul ritualizat din tulburările de alimentare;**
- **Preocuparea faţă de substanţe şi joc din tulburările addictive;**

- **Preocuparea faţa de boală din tulburarea de anxietate de boală;**
- **Fantasmele sexuale din tulburarea paralifică;**
- **Impulsurile în tulburarea disruptivă şi de conduită;**
- **Ruminaţiile de vinovăţie din depresia majoră;**
- **Inserţia gândurilor din schizofrenie şi psihoze;**
- **Comportamentele repetitive ritualice din autism**

**Ca specificatori în TOC se menţionează:**

- **Cu autocritică (insight) bun: - slab; - absent (gândiredelirantă);**
- **Corelate cu ticurile**

**Tot cu valenţe de specificatori se menţionează că multe persoane cu TOC au o serie de convingeri disfuncţionale care includ:**

- **Un sens crescut al responsabilităţii şi tendinţa la supraestimarea fricii;**
- **Perfecţionism şi intoleranţă la incertitudine;**
- **O importanţă crescută acordată gândurilor şi nevoia de a controla gândurile;**

**Debutul TOC este în medie în jur de 20 ani. Tulburarea poate debuta însă în copilărie, mai devreme la băieţi, în medie în jur de 10 ani (şi mai devreme la cei cu ticuri). Debutul după 35 ani e neobişnuit dar se petrece şi el. Tendinţa evolutivă la cei fără tratament e spre cronicitate, existând însă şi evoluţii ondulante.Totuşi 40% din cei cu debut în copilărie sau adolescenţă tind spre remisiune la vârsta adultă.**

În continuare vom trece în revistă diferenţierea dintre TOC alte condiţii psihopatologice pe care le vom reuni în trei grupe: - patologie impulsiv agresivă; - depresiv anxioasă; - a spectrului autist.

Un grupaj al tb. de tip OC ce se cer diferenţiate de cele din TOC sunt centrate pe psihopatologia impulsivă-disruptivă. Stările impulsive, ce se întâlnesc în normalitate, se caracterizează printr-o scurtcircuitare a procesului motivaţional şi decizional, cu trecere rapidă la acţiune, fără o suficientă deliberare care să evalueze consecinţele actului pentru sine şi pentru alţii. Specific pentru TOC e procesul simetric opus acestuia, de încetinire şi problematizare a procesului decizional prin ambivalenţă, indecizie şi hipercontrol. Dar, cele două variante opuse, anormale, se pot articula. De ex. când o persoană este tentată să facă o

acţiune pe care o ştie neadecvată, se abţine şi se controlează un timp, perioadă în care tentaţia îi revine obsesiv în conştiinţă. Pentru ca apoi, după câteva tatonări (sw tip compulsiv) blocate, să cedeze şi să se lanseze impulsiv în act. Aşa se petrec deseori lucrurile la persoanele fost addictive, care se simt tentate să reia comportamentul nociv. De ex. un fost jucător patologic de jocuri de noroc se poate simţi din nou atras de joc; un timp el îşi controlează obsesiv/compulsiv acţiunile; apoi cedează şi reia jocul. Similar se pot petrece lucrurile în addicţia de substanţe sau la alcoolicii dipsomani. Un proces asemănător ar putea fi analizat şi comentat şi în unele cazuri de comportamente impulsive de tip cleptomanic sau piromanic. În suficiente cazuri acest model poate fi întâlnit apoi la persoane cu parafilie. Dar acest model diferă de varianta intruziunilor involuntare ideative repetitive din obsesie. Schema din DSM-5 aduce în discuţie şi unele comportamente impulsiv disruptive, cu perturbarea relaţionării interpersonale. Dar diagnosticul diferenţial nu e dificil în cazurile tipice. Apariţia trăirilor obsesiv compulsive în aria patologiei impulsive (addictive şi disruptiv agresive) e posibilă însă, deoarece în aceste cazuri pot apărea şi stări depresive. De obicei acestea sunt consecutive actului, însoţite de ruminaţii de vinovaţie; dar depresia poate apare şi pe parcurs, favorizând alunecarea impulsului spre compulsia obsesivă.

Problema diagnosticului diferenţial cu manifestările disruptiv impulsive agresive e însă importantă deoarece, o bună parte a simptomelor OC constau tocmai în intenţii agresive de act împotriva unor persoane slabe sau apropiate. Tabloul clinic al TOC se prezintă ca şi cum astfel de tendinţe pulsionale nu mai

Chenar 16

**Trăirile obsesive şi compulsive din TOC se cer diferenţiate în DSM-5 de trăirile repetitive de acelaşi tip din alte tulburări psihopatologice**

Simptome agresive, sexuale, religioase/verificare

Simptome decontaminare/spălare

**Impulsivitate**

Tb.parafilică

(preocupări sexuale)

Tb. disruptive

(impulsive/explozive)

Tb.addictivă de

de substanţe/joc

(preocupare faţă de

reluarea addicţiei)

cleptomanie, piromanie

**Depresie**

Tb.depresivă majoră

(ruminaţii de vinovăţie)

**Anxietate**

Tb.de stress posttraumatic

(reamintiri recurente)

tb.de anxietate generalizată

(anticipare anxioasă)

tb. de anxietate socială

(preocupare faţă de apariţie)

tb.dismorfofobică

(preocupare faţă de aspect)

tb. alimentare (anorexia)

(ritualizarea alimentării)

tb.anxietăţii de boală

tricotilomanie

tb.escoriaţiilor

**TOC**

tb.autistă

(ritualuri repetitive)

Inserţia gândirii

Simptome de ordine/ordonare/colecţionare

**Psihoză**

sunt exprimate nemijlocit ci blocate şi controlate, fapt ce le transformă din impulsuri în obsesii.

Importantă e şi compararea simptomatologiei din TOC cu trăiri de tip obsesiv din tulburări internalizate, depresiv şi anxioase.

Trăirile de tip obsesiv din depresia majoră se referă la ruminaţii de vinovăţie care fac trimitere la sentimentul normal de culpă. Acesta constă din remuşcări resimţite spontan de către subiect în cursul vieţii sale zilnice în legătură cu acte vinovate din trecut. Deci, prezentul e parazitat fără voia subiectului de semnificaţia pentru conştiinţa sa a unor acte blamabile făcute mai de demult. Trecutul invadează prezentul. Ruminaţiile morale din depresia majoră sunt anormale prin intensitatea lor şi prin lipsa de suport într-o culpă reală; sau, o vinovăţie minoră este supraevaluată. Ele nu se însoţesc de compulsii. Trăirile de tip obsesiv din reacţia de stres posttraumatic se referă la reamintirea bruscă şi repetitivă a unei scene terifiante trăită în urmă cu mai mult timp; această reprezentare e neplăcută, anxiogenă şi subiectul ar dori să scape de ea. De asemenea, nici aceste amintiri obsesive nu se asociază cu compulsii specifice. În anxietatea socială subiectul poate avea trăiri repetitive neplăcute cu privire la un eventual eşec ce l-ar putea trăi cu ocazia unui eveniment viitor în care se va manifesta în public, făcându-se astfel de ruşine. Deci, anticiparea unor evenimente viitoare se impune ca trăire obsesivă anormală. În tb. de anxietatea generalizată şi în tb.agorafobică, anticiparea anxioasă a atacului de panică este şi ea trăită în manieră obsesivă. În anxietatea de sănătate – hipocondria – preocuparea pacientului este legată de eventualitatea unei boli grave în contextul prezenţei unor simptome minore sau a unor senzaţii banale. Trăirea este repetitivă, de tip obsesiv, la fel ca şi apelul la medici şi repetarea analizelor. Hipocondria e introdusă de DSM-5 în spectrul TOC, la fel ca şi Tb.dismorfic corporală. Aceasta constă din preocuparea faţă de aspectul diform sau modificat al corpului pe care-l cercetează repetitiv, fapt pe care alţii nu îl constată. În cazul hipocondriei şi a tb.dismorfe, preocuparea repetitivă mentală şi

comportamentală nu are caracterul intruziv, brusc şi deranjant (egodiston) din TOC; astfel încât trăirea poate avea caracteristici anxios fobice, obsesiv compulsive, prevalente sau chiar delirante, în funcţie de intensitate şi critică. În apropierea tb. dismorfe se plasează şi tb. anorexiei mentale a tinerelor fete, însoţită de bulimie. Bulimia are un caracter compulsiv impulsiv iar preocuparea pentru talie – ideea de a nu se îngrăsa – are aceeaşi caracteristică ca în tb. dismorfică şi hipocondriacă. Tot în spectrul TOC sunt incluse tb. impulsiv compulsive ale tricotilomaniei şi ale gratajului pielii ce duce la escoriaţii. Acestea de obicei nu sunt însoţite de ideaţie obsesivă.

Eventualităţi menţionate mai sus, indică faptul că în trăirile de tip obsesiv din depresie şi anxietate, normale şi anormale, prezentul poate fi perturbat prin invadarea sa de către amintiri sau anticipări a unor posibile evenimente viitoare, neputându-se structura plenar.

În aceeaşi direcţie au fost studiate unele condiţii, neincluse încă în DSM-5, a obsesiilor anxioase din cadrul îngrijorării accentuate privitoare la evoluţia unor evenimente normale. Aşa se pot petrece lucrurile cu ocazia primei naşteri, când atât gravida cât şi soţul pot deveni extrem de îngrijoraţi cu naşterea şi evoluţia copilului. Lipsa de eperienţă şi informaţii conduc unele persoane particulare la o preocupare obsesiv anxioasă faţă de dezvoltarea copilului şi eventualele sale îmbolnăviri, cu verificări incontestabile şi consulturi repetate la medic. În altă perspectivă, ritualurile micii copilării, mai ales cele de dinaintea somnului exprimă o tensiune anxioasă ce se linişteşte doar prin conduite ce se repetă identic, dând sentimentul de stabilitate şi siguranţă. Într-un fel, ritualul-care are importante valenţe obsesive, prin repetitivitatea sa fixă- devine o „soluţie magică” pentru anxietate.

În DSM-5 se sugerează şi diferenţierea TOC de comportamentele stereotipe, inclusiv de cele ce apar în spectrul autist (SA).  Acestea nu se însoţesc de obsesii, cu care să se coreleze. Trimiterea e însă importantă nu doar datorită marii

comorbidităţi între TOC şi spectrul autist, ci şi datorită unor simptome comune; şi, mai ales, a unor particularităţi psihice structurale dintre între cele două domenii de psihopatologie.

În SA se întâlneşte relativ frecvent simptomul atingerii compulsive a obiectelor din jur şi a altor persoane (inclusiv a subiectului însuşi). Acest simptom, ce a fost iniţial descris separat, (Delir de toucher – Legrand de Seule) a fost apoi identificat în repetate rânduri în TOC; mai ales la vârsta infanto-juvenila în care se mai întâlneşte însă, ca fenomen într-un fel simetric, trăirea negativă obsesivă, a faptului de a fi fost atins de o altă persoană, inclusă în simptomatologia contaminării; şi care poate evolua până la ideaţie prevalentă sau delirantă.

Un grupaj simptomatic specific pentru patologia autistă constă din atenţia crescută acordată detaliilor şi intoleranţa la schimbarea spaţială, cu resimţirea nevoii ca obiectele să se menţină în acelaşi loc („seimnes"), într-o ordine nemişcată. În variate grade şi forme, această simptomatologie se întâlneşte şi în TOC, în corelaţie cu simptomele de simetrie/ordonare; şi cu sentimentul că „totul trebuie să fie în ordine" („all right"). Obsesia de ordine/ordonare, se mai corelează cu colecţionarismul, alt simptom care este comun TPOC şi spectrului autist. Deşi, în DSM-5 acesta funcţionează şi într-o categorie ce e diagnosticabilă separat; şi are variante în preocupările normale ale persoanelor colecţionare.

La fel ca în cazul simetriei şi ordinii, există asemănări şi diferenţe cu alte câteva zone simptomatice între patologia OC şi cea autistă. Aşa ar fi simptomele de tip ceremonial, care în TOC se desfăşoară de obicei însoţite de un ritual numeric şi cu valoare antianxiogenă magică. Apoi, preocupare cu numerele există în ambele domenii de psihopatologie (şi numai în acestea).Dar în autism sub forma unei exagerate capacităţi de memorie şi calcul aritmetic; iar în TOC, sub forma aritmomaniei ritualice magice, corelată cu anxietatea.

Interferenţa între TOC – şi patologia obsesională în genere – şi autism, contribuie şi ea la orientarea patologiei obsesionale în zona internalizată, mai ales

prin deficienţa relaţionării sociale. Axa SA – TOC se va continua în psihopatologie cu o serie de simptome şi manifestări din domeniul dezorganizării şi simptomatologiei negative din schizofrenie.

### 3.3 Simptomatologia Tb obsesiv compulsive

Simptomatologia TOC se manifestă prin obsesii şi complsii care sunt trăiri subiective şi acte simple ce creează neplăcere subiectului; ele se repetă fără voia pacientului şi împotriva încercărilor sale de a le suprima, consumând mult timp. Obsesiile şi compulsiile sunt de obicei asociate şi corelate, având o pondere variată în simptomatologie; dar pot să se manifeste şi independent sau prin forme de tranziţie. Studiile statistice au conturat ca şi principale grupaje: - intenţiile agresive/verificare; - contaminare/spălare; ordine/ordonare; - colecţionare. În DSM-5 colecţionarismul patologic e prezentat distinct de TOC.

Se cere subliniat de la început faptul că simptomatologia TOC nu se referă la ceva ce s-a petrecut ca în cazul mustrărilor de conştiinţă şi a reacţiei la stres posttraumatic) la ceva eventual, posibil. Şi că raportarea la alte persoane e marginală. În afara simptomatologiei agresive şi sexuale împotriva căreia pacienţii luptă, alţi oameni nu mai intră în discuţie, duşmanii subiectului fiind dezordinea, microbii şî praful.

<u>1. Simptomatologia de intenţii agresive, sexuale aberante şi de încălcare a tabuurilor religioase</u>

<u>Simptomatologia intenţiilor agresive</u> poate fi trăită sub formă de ganduri izolate  sau în diverse grade de elaborare a unui act, schiţat sau chiar început, dar nu realizat.Trăirea intrigă subiectul, îl nemulţumeşte şi induce o anxietate fobică în legătură cu ceea ce e pe cale să facă, susţinând un sentiment de vinovăţie. Compulsia obişnuită e verificarea faptului dacă actul nu cumva s-a produs, deşi subiectul ştie obiectiv că nu l-a făcut. Alte compulsii pot fi acte mentale de contracarare a intenţiei, sau de anulare retroactivă printr-un act considerat contrar.

Obsesiile agresive vizează de obicei persoane slabe, neajutorate sau apropiate: copii, bătrâni, bolnavi, soţia, proprii copii, prieteni. Ele pot apare situaţional, instantaneu. E.g. intenţia de a lovi în cap pe cineva, din faţa sa, de a îmbrânci un bătrân în faţa unei maşini, de a smulge perfuzia de la un bolnav etc. Ele pot interfera cu acte profesionale, e.g.: un frizer ce are obsesia-compulsie de a tăia cu briciul gâtul clientului său; - un medic ORL-ist căruia îi vine compulsia de a-şi strânge de gât pacientul (motiv pentru care abandonează profesia). Există şi obsesii compulsiveautoagresive.

Între obsesiile agresive poate apare intenţia de a utiliza obiecte tăioase au ascuţite pentru a agresa pe alţii sau pe sine; motiv pentru care pacientul ascunde sau le exclude din casă. Între obsesiile agresive poate apare şi cea suicidară, de ex prin defenestrare - fapt ce indică o componentă depresivă -, pe care obsesivul o rezolvă prin mimarea de câteva ori a actului, pentru a se descărca.

O trăire OC agresivă aparte este cea de a-şi omorâ propriul copil, ce apare mai frecvent la mamă în prima perioadă de după naştere. Persoana este îngrozită de acest gând mai ales că poate avea o reprezentare scenică terifiantă a faptului cum îl tranşează şi îl pune în frigider. Subiectul îşi ia nenumărate precauţii, inclusiv îndepărtează copilul din casă. Un astfel de act subliniază faptul că trăirea OC poate consta nu doar din scurte secvenţe repetitite ci şi dintr-o temă prelungită, ce persistă în timp. Neputând găsi un răşpuns, pentru originea unor astfel de idei monstruoase pacienţii pot accepta ideea delirantă a posesiunii sasle de un diavol care-l manevrează.

Privitor la trăirile OC agresive s-a demonstrat că o astfel de ideaţe derivă din cursul ideativ curent al oamenilor, fiind răspândită în populaţia generală. Dar în normalitate ea este minoră şi periferică în raport cu ansamblul ideaţiei. În TOC se petrece o selectare a unor asfel de idei periferice, o scoatere din context şi o aducere în prim plan, insistent şi repetitiv. Patologia ar consta în acest proces; şi nu doar în simpla existenţă a unei astfel de ideaţii.

O altă variantă agresivă a TOC constă în faptul de a înjura în public şi a debita expresii profanatorii. Se poate reaminti că astfel de manifestări se produc efectic în cadrul tb. ticurilor, a bolii Tourette, însoţite de coprolalie. În TOC subiectul face însă eforturi de a controla manifestarea. De ex. încearcă să pronunţe totul şoptit; sau începe cu voce tare dând însă pe parcurs alt curs expresiei. Cu acest exemplu putem plasa mai clar simptomatologia TOC, cel puţin o parte a sa, şi pe fundalul manifestărilor disruptiv impulsive, în care manifestările verbale agresive şi injurioase se petrece efectiv. În TOC tendinţa în această direcţie intră însă sub eforturile de control a subiectului. Deşi se poate susţine ideea unui continuum între comportamentul disruptiv impulsiv, cel compulsiv şi obsesiv.

Alte simptome OC agresive se referă la distrugeri şi incendieri, fără a viza alte persoane. Şi în acest caz intervine manifestarea standard a controlului compulsiv dacă actul nu a fost cumva executat; şi la fel, execuţia sa parţială sau simbolică. Eventual, efectuarea unor acte contrare, de anulare retroactivă, cu valoare magică.

Simptomatologia TOC agresivă este resimţită de subiect ca neadecvată, fapt ce induce nu doar anxietatea fobică de a nu fi comis actul, ci şi culpabilitatea în raport cu un astfel de act posibil. Culpabilitatea e o caracteristică a depresiei, unde însă, ea e trăită în raport cu un act efectiv făcut, chiar dacă e doar supraevaluat negativ un act minor. Pe când în TOC ea apare în raport cu un act posibil.

În contextul menţionat mai sus, se desfăşoară şi fenomenul fuziunii gând – acţiune. E vorba de o supraevaluare a ideaţiei, care devine echivalentă cu realtatea efectivă. Dacă subiectul se gândeşte ca „nu cumva soţia ce călătoreşte cu trenul să auibă un accident”, el resimte apoi că simpul fapt de a se fi gândit la aşa ceva a şi influenţat producerea sa, că acesta s-a întâmplat şi el a devenit culpabil. Ca urmare începe un proces obsesiv de verificări dacă accidentul nu a avut totuşi lor. Sentimentul de vinovăţie poate decurge şi din consecinţele posibile a unor acţiuni ce le-a întreprins, şi care ar fi putut fi cauza prejudiciilor altora. Astfel, urcând la

Chenar 17

**Toc şi delirul**

Psihopatologia clinică a comentat în repetate rânduri eventuala intersecţie dintre patologia obsesională şi delir. Se acceptă în prezent ca acea variantă a TOC în care critica (insight-ul) scade până la dispariţie, ar putea fi considerate delirante. Condiţia identitară care a trăită un timp obsesiv şi e rejectată, ajunge să fie acceptată. Uneori ideaţia obsesivă monstruoasă e atribuită diavolului, convingerea delirantă ajunge să fie una de posesiune; dar sunt şi alte variante.

Un bărbat de 38 ani, căsătorit, cu 2 copii, dezvoltă în decurs de doi ani un tablou psihopatologic cu trăiri obsesive şi marginal delirante. Are impresia că soţia s-a schimbat, nu-i mai acordă atenţie, o bănuieşte de infidelitate, apar obsesii legate de un act sexual neconvenţional practicat mai demult cu soţia…uitându-se în oglindă <u>are impresia că i s-a schimbat privirea</u>, devine tot mai suspicios părându-i-se că oamenii se uită ciudat la el, îl comentează, îl consideră homosexual, doresc să i se întâmple ceva rău, parcă îi cunosc gândurile;... consieră că e posedat; ...se accentuează comportamentul religios, merge tot mai des la biserica pentru **a scoate diavolul din el**; apar ritualuri : iese doar cu piciorul drept din casă şi îi obligă şi pe copii să facă la fel; începe să îi urască pe oameni şi apar obsesii de a face sau a li se întâmpla ceva rău celor din jur şi familiei; se simte vinovat, apar idei şi compulsii suicidare şi încearcă ritualuri mentale de anulare. Ulterior se accentuează frecventarea bisericii iar simptomatologia TOC capătă şi o coloratură religioasă : <u>are tendinţa de a înjura în biserică, intenţia de a-l murdări pe Isus cu materii fecale, compulsia de a face sex anal cu Isus, compulsia de a ucide, de a-şi agresiona sexual copiii.</u> Atribuie aceste obsesii diavolului.Încearcă compulsii mentale de anulare dar simptomatologia OC îi ocupă mult timp şi interferează cu activităţile zilnice, devine tot mai convins că e posedat de diavol.

O femeie de 37 ani, gospodină din mediul rural, călătorind în oraş pentru cumpărături, în autobus simte contactul neplăcut cu o persoană murdară; întoarsă acasă, îşi spală hainele dar senzaţia unui contact neplăcut şi a unei contaminări persistă. Crede că vasul în care şi-a spălat haina a fost şi el contaminat şi îl aruncă. Apoi, hainele din dulapul în care şi-a pus rochia pe care a spălat-o, le aruncă de asemenea. Ajunge la sentimentul şi convingerea că însăşi camera în care şi-a depus haina respectivă e contaminată şi nu mai intră în ea. În tot acest timp spală fără întrerupere hainele şi lenjeria şi îşi spală repetat corpul. Apoi, părăseşte casa în care locuia, dormind într-o bucătărie de vară. Nu mai foloseşte apa din fântâna din care a provenit cea cu care şi-a spălat haina. În final, după ce a hotărât să părăsească satul în care a trăit tot din cauza extinderii contaminării, ajunge la internare.

<u>Comentariu</u>: influenţa negativă, "răul" ce vine din exterior prin contaminare, nu e definit în acest caz nici ca sursă nici ca fapt ( de la cine vine?, în ce constă?); situaţia e specifică patologiei obsesiv compulsive în care subiectul atribuie răul contaminării unor microbi invizibili care-i invadează şi atacă sinele corporal; fenomenul se plasează la marginea trăirii depersonalizante a pierderii limitelor protectoare ale sinelui.

munte şi declanşând o avalanşă din pietre, apare ideea: „dacă cumva pietrele respective au lovit alţi excursionişti ce tocmai urcau şi au omorât pe unul din ei?”. Iar în zilele următoare caută obsesiv informaţii despre eventualele decese ale unor excursionişti în zonă. În astfel de împrejurări critica absurdităţii unor astfel de idei se poate reduce până la dispariţia, cu alunecarea în convingerea delirantă.

Verificarea, care e considerată principala compulsie ce apare în cadrul simptomelor OC agresive, se manifestă însă la pacienţii TOC şi în imprejurări banale ale vieţii curente, în legătură cu închiderea uşilor, gazului, ferestrelor, apei, curentului electric etc. Aceste acte compulsive domestice au fost puse de Slavckovitch în legătură tot cu sentimentul vinovăţiei –dat fiind faptul că cei cu TOC sunt persoane hiperconştiincioase, scrupuloase – întreţinută de gândul subjacent că respectivele omisiuni ar fi putut avea consecinţe rele pentru cei din casă: furt, incendiu, răceala etc. Această interpretare, chiar dacă poate fi până la un punct susţinută, nu poate ignora faptul că în TOC întâlnim o serie de perturbări în prelucrarea informaţiei, inclusiv a informaţiei inverse, care ar trebui să semnaleze când un act e terminat. Această perturbare stă la baza faptului că obsesivul nu receptează firesc faptul că un lucru e terminat, chiar când el a gata, ceea ce duce la sentimentul de „incompletitudine”, că nu totul e în ordine (‚allright”). Deficienţa face parte dintr-una generală, a dificultăţii de a sesiza adecvat ansamblurile concomitent cu fascinaţia faţă de detalii. Acest deficit întreţine verificările repetate a finalizării unei acţiuni. Faptul se poate referi însă nu doar la ansamblul unei acţiuni ci şi la actele curente (probabil prin perturbarea memoriei de scurtă durată). Astfel verificaţionismul poate avea o bază şi în perturbările integrării informaţionale.

În ansamblu, simptomele OC agresive evidenţiază o tranziţie între ideea şi reprezentarea unui act (agresiv) şi execuţia sa; care deşi e uneori iniţiată, nu e dusă chiar până la final. Faptul subliniază că patologia TOC se desfăşoară în aria elaborării şi realizării acţiunii; deci, în cea dintre motivaţie, trecerea la act, execuţie

şi finalizare. Iar în al doilea rând se evidenţiază faptul că pacientul cu TOC, spre doesebire de anxios şi depresiv, operează în raport cu eventualităti posibile într-un plan metareprezentaţiomal şi nu în raport cu datum-uri ferme ale realităţii.

1.2.Simptome OC sexuale. Această subclasă e corelată cu simptome OC agresive, deoarece pacientul e chinuit de trăiri sexuale aberante, neacceptate de conştiinţa morală a pacientului. Astfel pot apare obsesii compulsive legate de acte incestuoase, pedofile, acte anormale ca mod de execuţie, pornorafie, homosexuale etc. Simptomatologia se corelează cu manifestările etichetate ca parafilie.

La fel ca în simptomatologia OC agresivă în primă instanţa e ideaţia ce conţine intenţia aberantă şi reprezentările sexuale corespunzătoare. Se pot dezvolta ulterior dezvoltări parţiale înspre act a acestor intenţii, care însă sunt controlate de subiectul ce li se opune, astfel încât nu se ajunge la realizarea efectivă a celor mai multe dintre ele. Există însă multe variante ale acestui comportament ce se derulează în cea mai mare măsură în spaţii private. Astfel, privitor la escoptofilie, subiectul poate ceda la un moment dat obsesiilor ce îl atrag şi se lasă dominat de vizionarea scenelor pornografice, într-o manieră cvasiaddictivă, luptând mai mult sau mai puţin împotriva acestei dependenţe; mai ales în condiţiile actuale în care imaginile pot fi obţinute pe internet. Ca şi în cazul jocurilor de noroc rezistenţa e înfrântă cu atât mai uşor cu cât oferta e mai apropiată şi agresivă. Un caz aparte se poate produce la persoanele cu orientare nativă bisexuală, ce resimt la un anumit moment dat şi o atracţie homosexuală, ce poate deveni obsesivă; în măsura în care apare un parternerseductiv, acesta poate precipita această tendinţă spre actul împlinit. Problema se pune uneori şi în cazul violului, a cărui declanşare poate fi susţinută de comportamente provocatoare.

În universul comportamentelor sexuale poate fi menţionată şi masturbaţia ce poate fi trăită la un nivel ca o pulsiune obsesivă, pentru ca ulterior să se cedeze şi să se treacă la un comportament repetitiv excesiv.

1.3. Obsesiile şi compulsiile cu tematică religioasă se manifestă de obicei situaţional, în biserică, unde apare pulsiunea de a înjura, de a-l blasfemia pe Dumnezeu, Iisus sau Fecioara Maria. Pot fi reprezentaţi în scenarii sexuale, uneori prin acte perverse intenţionate de subiect. Acesta se simte vinovat, dezvoltă compensatoriu ritualurile mentale de rugăciune. În plus el simte nevoia de a se confesa repetat.

Sentimentul de vinovăţie însoţeşte toate simptomele OC agresive, sexuale şi religioase şi de încălcare a tabuurilor. E vorba de o culpabilitate ce se asociază mai mult cu anxietatea fobică de a nu executa (sau de a nu fi executat) actul nedorit, decât o corelare cu depresia propriu zisă. Acest sentiment de culpabilitate întreţine, la omul credincios, confesiuni repetate. Firea scrupuloasă a persoanelor obsesive care sunt atrase uşor de detalii, favorizează astfel descoperirea a multor păcate la credincioşii care sunt îndemnaţi de religia lor să-şi facă în fiecare seară un examen de conştiinţă, pentru a identifica actele păcătoase realizate de-a lungul zilei, „cu fapta sau cu gândul". Persoanele obsesive pot constata, în aceste împrejurări, că deseori, păcătuiesc cu gândul, motiv de vinovăţie şi de mers la spovedanie. Acest comportament al spovedaniei compulsive a fost unul dintre primele care a identificat un comportament de tip TOC în aria practicii religioase, în perioada Contra Reformei din Europa când Ignatio de Loyola a întemeiat Ordinul Iezuiţilor.

2. Simptomele TOC de contaminare/spălare formeează şi ele o grupare aparte, centrală. Acesta se desfăşoară după parametrii patologiei anxios fobice, dar în afara relaţionărilor sociale. În esenţă, tema obsesivă constă în sentimentul unei contaminări malefice ce se realizează de către agenţi care nu pot fi percepuţi prin simţuri, pătrunzând pe cale cutanată în interioritatea propriului corp.

Agenţii invocaţi sunt: murdăria, microbii, viruşii, substanţe chimice, detergenţi, lipiciuri, vopsea lavabilă, radiaţii, propriile secreţii, vapori, mai rar gândaci mici; dar şi simpla atingere a altei persoane poate fi resimţită ca şi contaminantă. Fobia de contaminare nu se manifestă ca o idee ce apare izolat şi

repetitiv, la un moment dat; ea apare ca un fel de sensibilitate sau temă ce persistă constant în subiect – la fel ca potenţialul agresiv din simptomele OC agresive – şi se actualizează în împrejurări critice.

Partea corpului ce e resimţită ca cea mai expusă a contaminare este mâna, fapt ce conduce la utilizarea de hârtie sau şerveţele când e deschisă o uşă sau e utilizat un telefon public; iar în unele cazuri subiectul evită să strângă mâinile altora. Dar şi alte părţi ale corpului sunt resimţite ca putând fi invadate, fiind supuse spălărilor compulsive. Nu rareori se ajunge la băi repetate ale întregului corp, spălarea repetată a întregii lenjerii, curătenia generală repetată în casă, cu dezinfecţie, utilizarea veselei, a şerveţelelor şi hainelor după ce au fost sterilizate etc.

În conformitate cu modelul general fobic, deşi obiectul fobogen propriu zis (microbii) nu sunt perceptibili, sunt identificate zone speciale din ambianţă care apar ca mai periculoase, mai contaminante de murdărie şi microbi. Aşa sunt: clanţele uşilor şi telefoanele publice (folosite de mai multe persoane), mijloacele de transport în comun şi spaţiile publice (pieţe, muzee) banii, WC-uri publice etc. În legătură cu acestea se dezvoltă cele mai frecvente conduite de evitare şi asigurare (prin protecţia mâinii de a atingere). Dar, în vizorul factorilor de contaminare pot intra şi materii utilizate în gospodărie, ca detergenţi, substanţe lipicioase; apoi, radiaţiile. Această tematizare” a factorilor contaminanţi depăşeşte evident limitele raţionalului, între ei putând intra şi propriile secreţii. Cel mai edificator şi semnificativ e faptul că subiecţii se pot simţi contaminaţi prin singura atingere de un alt om; sau, chiar prin atingerea sa de către sine. Ultimul aspect a fost descris în sec.XIX sub condiţia delirului ca Delir de toucer; iar problematica pe care o ridică e amplă.

Dacă în cazul obsesiilor agresive anxietatea fobică se referea, în mod atipic, la frica de a nu face (sau că a şi făcut) un anumit lucru reprobabil, cu sentimentul vinovăţiei, în obsesiile de contaminare/spălare ea se referea, tot atipic, la o posibilă

contaminare a propriului corp de către agenţi malefici neperciptibili. Ideea de fond o constituie sentimentul unei anormale vulnerabilităţi a limitelor corpului–eu, faţă de agresiunea unor factori exteriori novici, nonumani. În TOC subiectul se simte deci agresat nu de alţi oameni, ca în delirul paranoid, ci de microbi şi murdărie; în acelaşi timp fiind tensionat anxios fobic de posibilitatea de a gresa el pe alţi oameni. Sentimentul vulnerabilităţii corporale poate fi înţeles mai comprehensiv dacă înţelegem corpul trăit ca fiind suportul ultim al identităţii persoanei, centrată de sinele eului biografic.

Limitele ce despart corpul de lumea înconjurătoare sunt de fapt limitele cele mai evidente ale însăşi persoanei, ce se raportează la lume. Iar problematizarea şi vulnerabilitatea acestei zone, susţine o arie particulată a psihopatologiei, care ce centrată tocmei de simptomatologia TOC de contaminare. Alte modalităţi de trăire anormală a acestei zone a personalităţii (corporale) sunt integrate în „spectrul TOC"; sau, necesită un diagnostic diferenţial cu TOC-contaminare. Ele vor fi comentate la finalul descrierii simptomatologiei, odată cu spectrul TOC.

Înainte de a părăsi simptomele TOC de contaminare spălare, se cer făcute câteva trimiteri care corelează aceasta simptomatologie cu aspecte evoluţionist culturale.

Psihopatologia evoluţionistă a remarcat că la multe specii de animale, inclusiv la primate, există o preocupare deosebită faţă de curăţirea suprafeţei corporale de paraziţi, fapt ce determina şi colaborarea cu alte specii. La maimuţele antropoide acest interes persistă, mult timp fiind acordat curăţirii blanei, de către însăşi individ sau prin colaborare. Pentru hominizi, interesul faţă de curăţenia mâinilor e susţinut de faptul că, cu ajutorul lor se realizează alimentarea. În plus, reprezentarea sa pe cortexul senzitiv e deosebit de mare.

Intervin apoi aspecte culturale, curăţenia fiind inclusă de variate doctrine mitico-ritualice în simbolistica binelui, opusă infernului şi întunericului murdăriei. Spălarea în general şi spălarea mâinilor în special (ablutomanie) a devenit simbolul

curăţirii de rele, păcate. Acest ritual era cunoscut în multe religii practicate în vechiul imperiu roman când îl judecă pe Iisus, Pilat din Pont cere să se spele pe mâini de eventual păcat de a-l fi dat pe Iisus pe mâinile iudeilor. Obiceiul persistă în cultura islamică şi în creştinism. În piesa lui Shakespeare, Lady Macbeth, aceasta cere mereu apă să-şi spele mâinile de păcatul de fi comandat un omor, pe cae de fapt l-au executat trimişii săi.

3. Simptomele TOC de ordine/ordonare au fost diferenţiate ca al treilea cluster important, alături de celelalte două deja comentate. În plus, un alt cluster a fost considerat cel al colecţionarismului, pe care DSM-5 îl comentează separat, dar tot în clasa (spectrul) nosologic al TOC. Simptomele de ordine/ordonare împreună cu colecţionarismul şi alte simptome-atenţie acordată detaliilor si rezistenţa la schimbare- face ca simptomatologia TOC să se intersecteze cu cea a autismului infantil.

În esenţă simptomele OC de ordine/ordonare se referă la sensibilitatea subiecţilor faţă de aşezarea ne-obişnuită a obiectelor în spaţiul proxim, familiar; adică, e resimţită nevoia ca toate obiectele din acest spaţiu să fie aşezate într-o anumită ordine care să se menţină, iar perturbarea acesteia induce anxietate şi compulsia de a le reaşeza în ordinea ştiută. Uneori această ordine continuă de obicei în sensul atingerii unor simetrii până când subiectul are sentimentul interior că „totul e în ordine, aşa cum trebuie” („allright”), moment în care se detensionează.

Simptomele OC corelate ordinii/ordonării, aranjării, simetriei se cantonează de obicei la spaţiul apropiat şi controlabil, avându-se în vedere locuinţă, propria cameră cu obiectele ei, dulapurile, îmbrăcămintea, sertarele, colecţiile; apoi, locul de muncă şi proprietăţile, în ansamblul lor. Lumea înconjurătoare, înainte de a fi ordonată şi imobilizată într-o stare fixă şi simetrică, e delimitată ca un de „piele lărgită” pentru propria persoană. E vorba de o altă limită decât cea pe care o reprezintă tegumentele ce ar trebui să apere persoana corporală de agresiunea

malefică a lumii fizice. Spaţiul delimitat al locuinţei e mereu ordonat de obsesiv, cerându-se mereu şi protejat dinspre exterior, fapt ce se concretizează în verificarea închiderii uşilor. E o zonă asupra căreia subiectul se extinde spaţial şi în care simte că se cere controlată îndeaproape. Problematica controlului, care e centrală pentru patologia obsesivă, se exprimă şi la acest nivel.

Nu rareori atenţia ordonării şi ordinii se corelează cu cea a curăţeniei astfel încât locuinţa obsesivului tinde să devină un spaţiu hiperordonat, încremenit şi steril, mereu rearanjat, spălat şi purificat, fapt ce devine insuportabil pentru un om obişnuit.

Ordonarea obsesivă tinde uneori spre o anumită simetrie şi echilibru a părţilor, ce trebuie şi ele să fie păstrate fix. Această preocupare se poate amplifica, Cazuistica indică cazuri de obsesivi preocupaţi ca partea dreaptă să fie exact simetrică cu stânga (a corpului, a îmbrăcămintei); unii ajung să meargă pe mijlocul străzii străduindu-se să fie mereu, cumva, în centru., Corelaţia cu preocuparea faţă de simetrie e cea faţă de continuitate, cu o sensibilitate fobică pentru discontinuitatea spaţială (e.g. spaţiile dintre pietrele de pavaj etc.), crază angoasă. O astfel de preocupare se corelează, subteran, cu tensiunea „coerenţei centrale” şi cu nevoia de completitudine, de a fi „totul în ordine”, „cum trebuie” („allright”).

Tot cu ordonarea se corelează tendinţa obsesivilor spre sistematizare, colecţie şi sistematizarea colecţiilor. Preocuparea prevalent obsesivă spre sistematizare şi clasificare e mai evidentă la tb. de personalitate OC la care se întâlnesc şi tendinţe colecţionariste. Totuşi există şi un colecţionarism care e circumscris ca o tb. de tip OC, fie inclusă în TOC fie în spectrul acesteia. E vorba de compulsia de a aduna lucruri complet inutile şi fără valoare (ziare vechi, pietre, gunoi etc.) şi a le depozita în casă; unde pot constitui un focar de infecţie. Fenomenul e predominent impulsiv compulsiv, de obicei fără obsesii împotriva cărora subiectul să lupte. El nu reacţionează negativ nici faţă de grămezile de obiecte ce se adună în casă şi îi deranjează pe colocatari. E de remarcat şi în

această tulburare atenţia acordată unor detalii nesemnificative şi concentrarea preocupărilor asupra spaţiului restrâns al casei (înţeles ca şi „piele lărgită”).

Preocuparea faţă de ordinea spaţială din jur este doar un aspect faţă de o preocupare generală faţă de problematica ordinii care diferenţiază pe cei cu tb. OC. La fel există o preocupare şi o problematizare a ordinii ce se desfăşoară în timp privitoare la succesiunea etapelor unei acţiuni cu scop. Aceasta oscilează la obsesivi între ordinea fixă a ritualurilor şi dezordinea acțiunii ce tot începe şi se întrerupe, atunci când nu e una habituală. Comportamentul ritualizat însoţeşte frecvent preocuparea TOC pentru ordonare, instituindu-se în activităţile uzuale zilnice: culcat, sculat, spălat, îmbrăcat, mâncat, plecare de acasă. Ritualurile de culcare sunt prezente frecvent în prima copilărie, cu o valoare antianxiogenă. Ca orice comportament ritualic el pretinde o ordine fixă a secvenţelor comportamentale, amenajarea spaţiului într-un mod rigid, ce nu se schimbă, cu o anumită poziţie a obiectelor; precum şi anumite acte ritualice. La fel, cu ocazia servirii mesei. Uneori obsesivul resimte nevoia ca tacâmurile să fie într-o anumită poziţie aşezată iar felurile de mâncare să fie servite într-un anumit fel.

Ritualurile actelor domestice, cutumiere se pot însoţi de un simptom aparte: o încetineală extremă în desfăşurarea cu repetarea de un număr de ori a secvenţelor; fapt ce e un mare consumator de timp, ore în şir. Această încetineală se datoreşte în primul rând fixării pe detalii (specifică obsesivului), actul derulându-se din aproape în aproape. Iar în al doilea rând repetării acţiunii uneori de un număr fix de ori, cu tendinţa la perfecţiune. Astfel , spălatul pe dinţi poate dura o oră; şî la fel, îmbrăcarea. Un aspect special poate apare în faza plecării de acasă când se pot desfăşura ceremonialuri. Ceremonialul consta în executarea unui set de mişcări fără scop, într-o anumită ordine şi de obicei într-un număr repetat de ori. Realizarea sa are pentru pacient o valoare antianxiogenă, „magică”, ca un fel de „dezlegare” pentru ca lucrul să se poată petrece (de ex. plecarea de acasă). Cu ocazia ritualurilor şi ceremonialurilor se impune şi număratul obsesiv.

Ceremonialurile se pot desfăşura în interiorul casei şi în alte împrejurări, de ex. cu ocazia trecerii dintr-o cameră în alta (e.g. subiectul se simte obligat compulsiv să se învârtă de câteva ori în cerc şi să facă trei paşi înainte şi înapoi, de câteva ori); sau cu ocazia trecerii prin anumite locuri din casă. Ritualurile şi ceremonialurile, fiind marcate de trăiri anxioase intense, fac ca pacientul să implice în desfăşurarea lor persoane apropiate, protective din casă (de ex. mama, care e ţinută în acest timp încontinuu de mână).

Implicarea numărării în ritualuri este un aspect specific patologiei OC neîntâlnindu-se în alte tb. psihice (cu excepţia autismului). În Toc se pot întâlni în raport cu numerele următoarele simptome: număratul obsesiv (aritmomania) ce poate fi corelat cu perceperea lucrurilor (de ex. numărarea desenelor pe un covor, a oamenilor ce trec pe stradă) sau cu actele efectuate (numărarea treptelor urcate), numărarea ritualică ce precede un act (de ex. intrarea în casă), e posibil să se realizeze în acest caz compulsiv operaţii complexe cu numerele, necesare pacientului pentru ca actul să poată fi început şi realizat. Numărarea actelor ritualice şi repetarea lor de un număr fi x de ori; numerele pot avea pentru pacient valori simbolice de numere faste și nefaste. Corelarea numărătorii cu ritualurilor obsesive reia într-o arie psihopatologică practica ritualurile sacre şi magice care şi ele se desfăşoară de un număr fix de ori.

Simptomatologia TOC din aria ordinii şi ordonării exprimă o preocupare explicită faţă de aspectul matematic (acest matetic înseamnă geometric şi numeric) de raportare a omului la sacralitatea ambientă. Faptul poate fi interpretate ca relevare a unei infrastructuri matematice implică firesc în această raportare care e cuprinsă în ţesătura actului prin care se constituie prezentul trăit; act care în TOIC este defectuos aducând la un prezent nestrucurat, lax, dezlânat.

Pe de altă parte simptomatologia TOC de ordine şi ordonare care se derulează predominent în spaţiul locuinţei (echivalentă cu pielea lărgită a subiectului) accentuează sugestia simptomatologie de contaminare., privitoare la

fragilizarea, vulnerabilizarea şi disfuncţia limitelor sinelui corporal, care nu reuşeşte să se păstreze activ în spaţiul ambiant prin acte eficiente. Dacă în patologia anxietăţii întâlnim o problematizare a manifestărilor şi siguranţei în spaţiul public (e.g. în agorafobie şi în anxietatea socială) în patologia TOC siguranţa e perturbată, cu nevoie perpetuă de control, chiar în spaţiul protector al casei avansând până la proximitatea corpului prin dezordine şi agresiunile microbilor şi a unor multiple substanţe invizibile.

Unele compulsii par a nu fi precedate de obsesii ci de o stare de tensiune ce se descarcă prin actele respective. Aşa sunt unele comportamente colecţionariste sau ritualurile. În acelaşi sens se discută şi despre obsesii pure care nu sunt urmate direct de o compulsie liniștitoare. De ex.: apariţia în mintea obsesivului a unei melodii, fragmente de poezie, de conversaţie, amintiri etc, toate sugerând o funcţionare cerebrală cu tendinţă la repetitivitate, Un aspect mai aparte îl reprezintă ruminaţiile abstracte obsesive. Într-una din variante, ruminaţiile constau în apariţia în minte a unor întrebări insolubile, subiectul oscilând nesigur între variante eventuale de răşpuns: „oare există Dumnezeu?”, „sau viaţă după moarte? Dar extratereştri?”. Astfel de întrebări sunt fireşti, obsesivul blocându-se însă în gravitarea mult timp în faţa alternativelor, deşi este evident că nu are la dispoziţie o rezolvare hotărâtoare. Altă variantă a ruminaţiilor se desfăşoară prin analize interminabile (obsesive) a evenimentelor ce ar putea apare într-o posibilă acțiune planificabilă în viitor. Subiectul analizează : „dacă lucrurile se vor prezenta astfel în momentul x, eu ar urma să acţionez în felul y; dar dacă se prezintă în varianta x2, să reacţionez în modalitatea y2 etc.! Iar eventualitățile se pot multiplica la nesfârşit. Ruminaţiile se pot orienta şi spre acte trecute în formula: „dacă aş fi acționat altfel, atunci ar fi fost situaţia x”., preocupare ruminativ obsesivă cu eventualităţi se poate întinde la nesfârşit.

Condiţia ruminaţiilor subliniază câteva aspecte caracteristice patologiei TOC: preocuparea faţă de eventualități; oscilaţia în jurul nesiguranței, indeciziei, îndoielii, introspecţia analitică exagerată. Aceste caracteristici se cuplează cu tendinţa spre acţiune şi autocontrol exagerat, sub spectrul anxietăţii şi vinovăţiei.

Privită în ansamblu simptomatologia TOC din clasele menţionate – intenții agresive/verificare, contaminare/spălare, ordine/ordonare, colecţionări, ritualuri, ruminaţii – ies în relief câteva caracteristici generale:

obsesii ———————————————— compulsii

(auto) control exagerat….introspecţie….verificări

Indecizie………...îndoială…………………control

Nesiguranţă…… operare pe eventualităţi….lipsa evidenţei

Egodistonie …… ambivalenţă – incertitudine

Anxietate ……. agresivitate……culpabilitate

Preocupări faţă de act cu finalizare dificilă

Preocupări faţă de ordinea ierarhică şi detalii, cu sentiment de incompletitudine (de neconturare a întregului, „all right”)

Tendinţă la împrăştiere, deficit de delimitare, perfecţionism

În cazul obsesiilor/compulsii agresive e evidentă preocuparea pacientului de a acţiona; dar şi faptul că acţiunea e orientată spre un obiectiv <u>posibil</u> şi e problematică (şi nedorită), fapt ce se exprimă prin autocontrolul tensionat şi exagerat al subiectului, care se fixează în final şi pe o verificare compulsivă. În acest cluster simptomatologia anxietăţii–fobice şi a vinovăţiei se referă la cea ce subiectul ca agresor ar putea - sau ar fi putut – face altora.

În cazul simptomelor de contaminare/spălare, pacientul se află în condiţia de victimă agresată ce se apără; de vreme ce agenţii agresori sunt neperceptibili (ei nu sunt alţi oameni, ca în paranoidie, ci entităţi fizice ştiute dar greu detectabile) apărarea constă în prevenirea pe cât posibil a agresiunii şi consecinţelor sale, prin protecţia corporală (a mâinilor în special) evitarea (toposurilor contaminate) spălarea şi curăţenia compulsivă. Apărarea  se realizează la nivelul său cel mai bazal, cel al sinelui încorporat,  la nivelul limitelor corporale realizate prin schema corporală. Nesiguranţa şi universul posibilului e şi la acest nivel dominant.

Simptomele de ordine/ordonare pot fi interpretate până la un punct ca plasate în continuitatea apărării limitelor corporale prin ținerea sub un control strict al spaţiului locuinţei şî al actelor cutumiere ce se desfăşoară în acest spaţiu;şi care sunt cuprinse în ritualuri. Combinarea dintre ordonarea, curăţire şi control repetat al locuinţei s-ar conjuga la acest nivel. Deficienţa la nivelul delimitării a configurării  întregurilor se manifestă acum prin senzaţia că lucrurile nu sunt aşezate „aşa cum trebuie (allright”). Iar fixarea pe detalii – simptom ce se conjugă cu precedentul – se exprimă acum prin încetinirea ritualurilor actelor cutumiere, ce se desfăşoară extrem de lent,  parcurgând toate detaliile, spre o perfecţiune magică. De ex., îmbrăcarea, spălatul, mâncarea etc., pot dura ore în şir.

Ansamblul psihopatologiei TOC se realizează deci sub semnul egodistoniei şi autocontrolului exagerat, prin simptome ce exprimă o agresivitate posibilă şi nefinalizată, o apărare faţă de o agresiune abstractă ce vizează intimitatea corporală; şi încercarea de ţine sub control spaţiul proxim, prin ordonare, curăţenie şi ritualuri magice.

### 3.4 Tulburări din spectrul TOC

Psihiatrii clinicieni şi psihopatologi au concluzionat în ultimul timp că patologia obsesională exprimată prin TOC poate fi considerată un nucleu sindromatic în jurul căruia se grupează o suită de alte tb. ce se organizează ca

preocupări repetitive anormale, centrate de limita şi proximitatea corporală. Acestea ar constitui o clasă sau un spectru maladiv aparte, edificatoare fiind tb. dismorfic corporală. În DSM-5 sunt reunite în această clasă următoarele tb.:

**<u>Tb.dismorfic corporală</u> se caracterizează prin preocuparea persistentă faţă de mai multe defecte sau anomalii ale aspectului corporal, care nu sunt sesizate – sau sunt sesizate minimal – de către alţii.Persoana trăieşte o excesivă conştiinţă de sine (hiperreflexie) uneori cu idei de referinţă (convingerea că alţii remarcă, judecă şi comentează respectivele defecte). Ca o consecinţă a acestei preocupări subiectul se angajează în repetate examinări ale aspectului (se auobservă în oglindă, cere confirmări de la alţii), face tentative de mascare sau camuflaj, evită situaţiile publice în care ar putea atrage atenţia asupra sa. Tabloul poate evolua cu conştiinţa anormalităţii preocupărilor sale (insight +); sau cu reducerea sau chiar absenţa acestuia, convingerile şi comportamentul ajungând prevalent marginal delirant.**

**Tabloul poate evolua cu conştiinţa anormalităţii preocupărilor sale (insight +); sau cu reducerea sau chiar absenţa acestuia, convingerile şi comportamentul ajungând prevalent marginal delirant.**

Tb. dismorfic corporală, în varianta sa tipică, se manifestă obsesiv compulsiv, subiectul autoexaminându-se repetitiv şi involuntar, fiind hiperreflexiv şi conştient de absurditatea preocupărilor sale, faţă de aspectul corporal (al feţei mai ales).

*** <u>Tb. de referinţă olfactorie</u> ce constă într-o persistentă precupare legată de ideea subiectului că emană un miros neplăcut, pe care alţii însă nu-l percep. Subiectul e extrem de atent la sine şi la presupusul miros, având idei de referinţă. El desfăşoară comportamente repetitive de spălare, cere confirmări de la alţii, încearcă să camufleze presupusul miros cu parfumuri, evită societatea. Insight-ul poate fi păstrat, dominat sau absent.**

*** <u>Hipocondria</u> se caracterizează printr-o preocupare persistentă legată de posibilitatea de a avea una sau mai multe boli ce progresează sau ar putea să-i ameninţe viaţă. Sunt prezente interpretări catastrofice ale unor senzaţii sau simptome corporale minore. Subiectul dezvoltă excesive precauţii şi analize, căutare de informaţii, încercări terapeutice, consumând mult timp şi servicii medicale.**

Chenar 18

**Aspecte ale tb.dismorfic corporale**

Părţi ale corpului ce sunt vizate de preocuparea anormală:
- Capul (prea mare sau prea mic), tenul feţei (prea palid sau prea roşu, mici denivelări sau cicatrici, pori dilataţi, acnee), bărbia (prea rotundă, ascuţită), pometţii (căzuţi), nasul (formă şi mărime), ochii (prea mici, strabism), pleoapele (ptoză palpebrală), riduri (prea accentuate), sprâncenele (prea ascuţite), buzele (prea subţiri), pilozitatea facială (excesivă), părul capilar (prea creţ, gras sau uscat, fără luciu, alopecie, calviţie).
- Toracele (prea îngust), sânii (prea mici, ptoză), abdomenul (dimensiuni, formă, hipotonia musculaturii), talia (supradimensionată), fesele (hipotone, diforme), coapse şi gambe (sub sau supradimensionate), mână sau degete (formă, dimensiuni).
- Preocupări pentru simetria corporală:

Comportamente specifice:
- Verificarea în oglindă (obiect faţă de care există o preocupare deosebită); - ornare excesivă şi intervenţii fizice (tapare, pieptănare, tundere, spălare, coafare, spălat, masaj, aplicarea de cosmetice); - camuflare (ascunderea defectului presupus prin bronzare, pălării, perucă, posturi corporale, ochelari, evitarea aşezării în lumină); - cerere de asigurări din partea altora; - compararea cu alţii; - apelarea la servicii de medicină generală, dermatologie, chirurgie estetică; - dietă; - exerciţii fizice; - căutarea de informaţii pe internet.

**Preocuparea hipocondriacă poate fi prezentă şi în cazul unor suferinţe minore, care sunt amplificate.**

**Insight-ul poate fi păstrat, diminuat, absent.**

*** Tb.colecţionarismului se caracterizează prin acumularea de posesiuni lipsite de valoare (financiară, de utilitate, sentimentală etc) pe care subiectul le adună şi le achiziţionează şi pe care le aduce în locuinţă. El nu are nevoie de acestea, nu le utilizează; obiectele se cumulează şi aglomerează şi deranjează locuriea în mod absurd.**

**Insight-ul poate fi păstrat, scăzut sau absent.**

*** Tb. comportamentale centrate pe corp constând în acte repetitive (de tip impulsiv compulsiv) la marginea tegumentelor. La acest nivel se includ: Tricotilomania sau smulgerea părului în diverse zone ale corpului; - onicofagia sau roaderea unghiilor. Tb. escoriaţiilor ce constă în presarea pielii, repetitiv, în diverse zone, până escoriaţii. Manualele comentează şi alte comportamente repetitive corelate corporalităţii cum ar fi scobitul în nas etc.**

În DSM-5 e menţionat în acest capitol şi * **gelozia patologică.**

Grupajul tulburărilor din jurul TOC menţionate mai sus surprinde unele caracteristici specifice ale acestei patologii. Un prim aspect ar fi centrarea ei pe corporalitate (pe sinele încorporat) şi pe ambianţa proximă (care în TOC se referă la ordonarea ambianţei şi posesiilor).

Dintr-un anumit punct de vedere această cebtrare trimite spre bazele psihopatologice ale preocupării faţă de suprafaţa corpului la animale, acesta fiind pentru acestea limita fermă de raportare a individului la lumea ambiantă. Ceea ce la om simbolizează în mare măsură limitele sinelui conştient, care e încorporat. În biologie la acest nivel s-au dezvoltat, aşa cum s-a menţionat, multiple comportamente de autoîngrijire împotriva paraziţilor în care au fost implicaţi şi congenerii şi chiar alte specii. Fapt ce se constată şi la mamiferele antropoide. De asemenea la multe specii s-au fixat comportamente complexe pentru construirea şi îngrijirea locuinţei, comportament ce e însoţit de ritualuri. Nu trebuie ignorat nici colecţionarismul alimentar care se dezvoltă la anumite specii.Acest fundal de grijă pentru zona limitrofă dintre corp şi lumea ambiantă se păstrează desigur şi în structura psihică a omului actual a cărui sine intenţional şi reflexiv e localizat în propriul corp. Tb. precum tricotilomania, tb. escoriaţiilor, hipocondria, colecţionarismul ne trimit în această direcţie.

Pe de altă parte, merita să nu fie neglijat faptul că în măsura în care o parte dinaceste preocupări, dismorfofobia, hipocondria, tb. de referinţă olfactorie, gelozie pot fi tematizate - în sensul că subiectul se resimte un personaj posibil urât, care emană mirosuri dezgustatoare, e bolnav sau înşelat. Această tematizare parcurge etape succesive în cadrul  unui continuum, de la preocupări anxios fobice, la trairi obsesiv compulsive, trecând spre prevalenţă ideatică şi chiar delir. Acest drum spre delirul monotematic se pare că e acela pe care Jaspers l-a indicat ca dezvoltare anormală, opusă procesului psihopatologic prin care delirul se instituie

trecând prin etapele delirului primar. Problema a revenit în actualitate în ultimele decenii în care acordat atenţie ideaţiei supraevaluate şi preocupărilor senzitiv relaţionale, paradelirante.

| | | |
|---|---|---|
| | POSIBILITATE | |
| anxietatea fobică | s-ar putea să fiu.............<br>mă tem că sunt........... | |
| obsesionalitate | sunt preocupat obsesiv că aş putea fi........... | |
| prevalenţă (ideaţie supraevaluată) | cred foarte probabil că sunt.... | bolnav<br>dismorfic<br>înşelat<br>persecutat<br>iubit |
| delir monotematic | incontestabil că sunt.....<br>nimeni nu mă poate convinge că nu sunt.... | |
| orbita psihotiformă a delirului | CERTITUDINE | |

### 3. 5. Tulburarea de personalitate obsesiv compulsivă (TPOC)

TPOC ocupă o poziţie particulară în sistemul tipologic din DSM-5, care se referă la anormalitatea relaţionării interpersonale. În TPOC aceasta joacă însă un rol minor, esenţialul constând în preocuparea organizării unei acţiuni hipercontrolate pe care subiectul încearcă să o realizeze perfecţionist. Acest domeniu al acţiunii, al activităţii realizatoare, a muncii instituţionalizate, exprimă la nivelul practicilor sociale schema ce stă la baza funcţiilor cognitive executive prin care sunt iniţiate şi realizate acţiunile cu scop la nivelul psihismului

individual. E vorba acum de proiectele de amploare în care subiectul se angajează. Dar disfuncţiile ce se exprimă in TPOC la nivelul schemei funcţiilor executive se exprimă în toate planurile.

**Tulburarea de personalitate obsesiv compulsivă (TPOC) e circumscrisă în DSM-5 astfel:**

**Un pattern prelungit de preocupare cu ordinea, perfecţionism, control mintal şi interpersonal, în defavoarea flexibilităţii, deschiderii şi eficienţei, manifestată prin (4 din următorii itemi):**

**- Preocupare cu detaliile, regulile, listele, ordinea, organizarea, orare şi programe într-o astfel de măsură încât pierde din vedere scopul principal al activităţilor.**

**- Prezintă un perfecţionism care interferează cu finalizarea sarcinilor (e.g. nu poate termina un proiect deoarece nu se ridică la standardele proprii, foarte ridicate);**

**- Este excesiv dedicat muncii şi productivităţii mergând până la excluderea activităţilor recreative şi a relaţiilor de prietenie.**

**- Este incapabil să scape de lucruri uzate, fără valoare reală sau sentimentală;**

**- Este excesiv de conştiincios, scrupulos şi inflexibil în ceea ce priveşte moralitatea, etica şi valorile;**

**- Recurge foarte greu la delegarea sarcinilor sau are greutăţi în a lucra cu alţii, dacă aceştia nu se conformează complet stilului său;**

**- Manifestă zgârcenie, pentru a-şi asigura viitorul;**

**- E rigid şi încăpăţânat.**

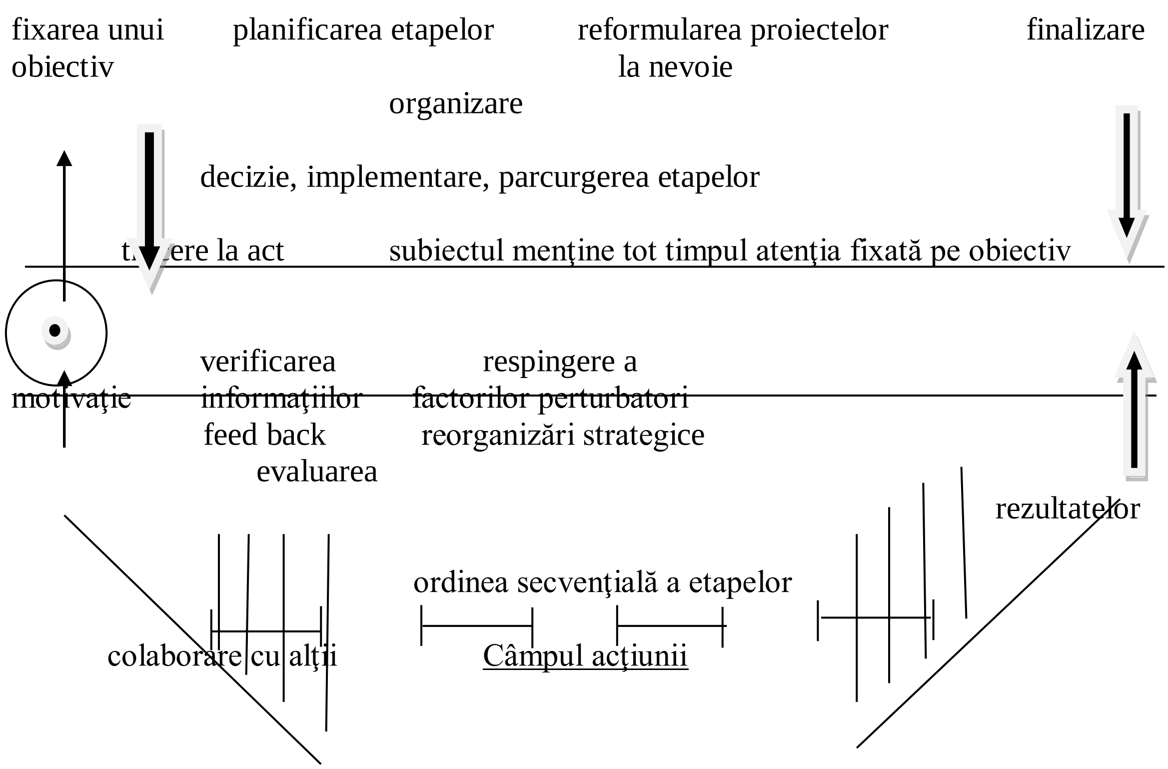
Caracterizarea TPOC în DSM-5 indică, în afara tendinţei spre hipercontrol şi ordine (ce se manifestă şi în TOC) ataşamentul faţă de muncă, perfecţionism, scrupulozitate, ridigitate, zgârcenia şi dificultatea colaborării cu alţii. Reţinem în primul rând în comentariul de faţă preocuparea excesivă faţă de muncă, care nu se întâlneşte în nicio altă tulburare de personalitate, caracterizarea tuturor celorlalte tipuri făcând referinţă în primul rând la stilul relaţionărilor interpersonale. Relaţionarea dificilă cu alţii va fi cel de al doilea element pe care îl vom comenta.

În sfârşit vom comenta  şi problematizarea identităţii şi limitelor personale în contextul egodistoniei, nesiguranţei, autocontrolului exagerat şi a îndoielii perpetue.

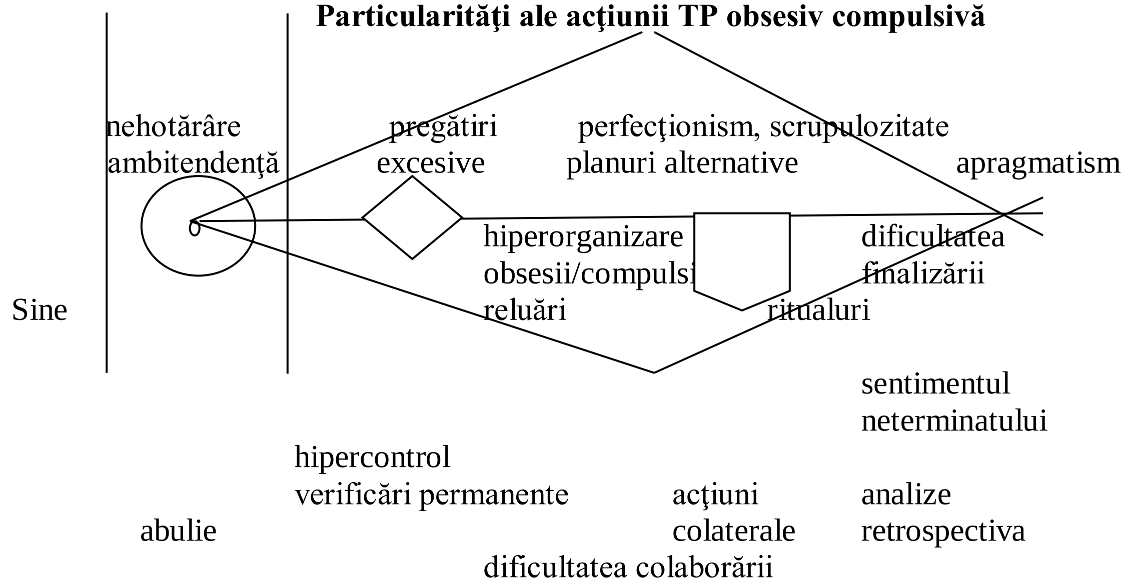
Preocuparea excesivă faţă de muncă cu hiperelaborare, perfecţionism şi incapacitate de a se relaxa a fost reliefată de toţi observatorii. Ataşamentul faţă de activitate şi performanţă domină viaţa şi exclude preocupările secundare, distracţiile, jocurile, destinderea, calmul necesar petrecerii timpului împreună cu alţii fără un obiectiv pragmatic precis. Interesul crescut faţă de muncă se întâlneşte şi la tipurile normale de oameni la care predomină factorul conştiinciozitate (din sistemul FFM) şi care se caracterizează în principal prin : tendinţă spre realizare, deliberare, organizare, autodisciplină, eficienţă (competenţă) şi simţ al datoriei.

Chenar 19

**Modelul unei acţiuni cu scop are aceeaşi structură ca şi complexul cognitive al funcţiilor executive (f.e.)**




**Particularităţi ale acţiunii TP obsesiv compulsivă**



În TPOC, mai ales în varianta psihastenă, întâlnim: - dificultăţi în decizie, ambivalenţă; - preocupare exagerată pentru planuri alternative, variante, organizare, liste; - hiperelaborare; -acţiuni colaterale pornite de la detalii; - reorganizări strategice, reluări, perseverenţă încăpăţânată; - dificultăţi de finalizare, analize retrospective.

Perturbarea exprimă o relaxare a coerenţei centrale a acţiunii.

Modelul care conturează exercitarea optimă a funcţiilor executive, ar putea fi considerat referenţialul în normalitate al TPOC. În tb. de personalitate OC aceste caracteristici sunt distorsionate astfel încât eficienţa e redusă. La anankast acţiunea, proiectele, activitatea este în mod serios planificată, avându-se mereu în vedere ansamblul. Ea este minuţios sistematizată, organizată de la început; dar decizia e dificilă. Dată fiind preocuparea exagerată pentru ordine şi detalii, planificarea e făcută uneori până în cele mai mici amănunte. Subiectul poate pierde destul de mult timp cu organizarea prealabilă a condiţiilor şi ambianţei în care urmează să aibă loc acţiunea. Corelaţia între ataşamentul faţă de muncă a anankastului şi ordonarea riguroasă a ambianţei este mare. Se fac nenumărate planuri, proiecte, schiţe, orare de lucru, se iau în considerare eventualităţi diverse, existenţa personală e programată şi planificată pe termen mediu şi lung. La acest nivel e posibilă o corelaţie cu ruminaţiile obsesive. Toate acestea sunt fireşti când se are în vedere un proiect dificil. Dar la anankast ele devin o regulă, se desimplică din cursul firesc al vieţii, se manifestă chiar pentru acte simple şi neproblematice. "Dezimplicarea" este una din formele importante de manifestare a psihopatologiei. La anankast planificarea ce are în vedere acţiunea proiectată, posibilă, predomină, în raport cu însăşi acţiunea şi cu realizarea efectivă. Pentru a evita acest proces chinuitor de pegătire şi elaborare, anankastul preferă deseori să nu fie el responsabilul deciziilor mai importante, să execute doar, să se înscrie în cursul comportamentelor standardizate, bine reglementate normativ, impersonale ca în

munca de funcţionar , de contabil sau în armată. Aceste opţiuni pot masca mult timp sau continuu tendinţele sau vulnerabilităţile obsesive.

În varianta standard a TPOC, odată depăşite dificultăţile deliberării activitatea planificată se desfăşoară rigid, inflexibil şi conştiincios în conformitate cu normele şi regulile sociale şi cele specifice domeniului. Este respectată o ordine fixă exterioară şi interioară, un mod ritualic de acţiune, cu termene precise şi cu nevoia de a nu se abate de la program. Acţiunea e executată sub imperativul unei obligaţii, a unui“trebuie”.

Această rigiditate tinde să mascheze sau să învingă nehotărârea, nesiguranţa, îndoiala, tendinţa la dispersie. E dificilă reorientarea şi readaptarea programelor de acţiune din mers prin spontaneitate şi improvizaţie, prin modelare faţă de variabilitatea situaţiilor.

Anankastul este sârguincios, încăpăţânat, perseverent în acţiune. E atent la detalii, meticulos, scrupulos, pedant, tinde să fie exact şi punctual, disciplinat, lucruri pe care nu le reuşeşte întotdeauna. El progresează din aproape în aproape, metodic, spre final. Încăpăţânarea se manifestă mai ales în acţiuni ce îi implică şi pe alţii. Ea a fost considerată una din trăsăturile esenţiale ale obsesionalităţii în concepţia psihanalitică freudiană asupra “caracterului anal”, alături de zgârcenie şi preocuparea faţă de ordine (Fenichel, 1953). Perseverenţa anankastului se evidenţiază şi datorită faptului că progresul acţiunii nu e liniar ci marcat de reluări şi reveniri, datorită unei deficienţe de “coeziune interioară”. Preocuparea faţă de detalii îl face deseori să piardă mult timp şi să nu-i mai rămână suficient pentru toate aspectele, astfel încât ansamblul poate fi insuficient de coerent. Uneori obiectivul principal ajunge chiar să fie pierdut din vedere şi chiar părăsit temporar. Datorită meticulozităţii şi scrupulozităţii, el întârzie finalizarea; ceea ce îl obligă să se grăbească înaintea termenelor fixate, în final sărind superficial peste uneleaspecte.

Anankastul e <u>perfecţionist</u>. Acest aspect nu se referă doar la meticulozitatea ce implică detaliile şi scrupulozitatea ce are conotaţii morale, ci şi la nivelul de performanţă a acţiunii în ansamblu. El doreşte ca tot cea ce face să fie perfect, rezultatele să fie maxime. Subiectul tinde să se afirme, să se realizeze asetiv, să se împlinească prin performanţele impersonale ale muncii, a evaluării pozitive a acesteia în spaţiul public. Anonimatul muncii stă la baza unei împliniri care dacă nu e foarte spectaculoasă, implică totuşi intens sinele şi e absolut necesară acestor personalităţi pentru întreţinerea stimei de sine. Doar că standardele pe care anankastul şi le autoimpune sunt exagerate, deseori nerealiste.

Terminarea unei activităţi este dificilă din mai multe motive : - exigenţa perfecţionistă ca totul să fie fără greşeli, în cele mai mici detalii : - tendinţă la autoanaliză şi autoevaluare critică, scrupuloasă; - nesiguranţa interioară, îndoiala ce conduce la verificări; - dificultatea funciară a delimitării, chiar şi prin ceea anankastul face. De aceea, persoana cu TPOC deseori nu declară un lucru ca încheiat deşi de fapt l-a terminat. El trăieşte un “straniu sentiment a neterminatului” (Petrilowitsch, 1960) sau un “sentiment de incompletitudine”, în sensul în care Janet definea obsesionalitatea în general (Janet, 1903, Ellenberger, 1994).

La terminarea unui proiect, anankastul rămâne cu un gol interior şi cu nevoia de a începe cât mai repede un altul**.** De fapt e prezentă o continuă nevoie de a face ceva, de a acţiona, de a percepe, de a fi stimulat. Anankastul nu se poate destinde, relaxa. Aderenţa faţă de muncă se exprimă şi prin faptul că un ştie să îşi petreacă timpul liber. Işi ia de lucru acasă, la sfârşit de săptămână şi în vacanţe. In afara muncii, a activitătii, se plictiseşte repede. Nu ştie să se distreze, să se joace, să se bucure în linişte de timpul petrecut cu alţii, în conversaţii banale sau petreceri, fără a discuta probleme profesionale sau lucruri deosebit de importante, legate de principii, de idei; sau fără a fi “preocupat” de ceva. Faptul se corelează şi cu o

imaginaţie şi o afectivitate tranzitivă săracă. El apare ca un om serios, respectabil, dar plictisitor, fără umor, care un ştie să facă şi să guste glume, care nu are "şarm".

Anankastul munceşte continuu şi pentru a-şi face datoria socială, a-şi împlini obligaţiile faţă de umanitate, a-şi aduce aportul său societăţii. El este un om al datoriei. Al datoriei sociale şi morale. Intre obiectivele sale nu intră cultivarea comuniunii intime împreună cu alţii, solidaritatea şi integrarea armonică în grup. Ci doar afirmarea propriei persoane prin munca socialmente standardizată.

Caracterizarea de mai sus comportă variante. La un pol opus rigidităţii ritualice a comportamentului şi a identificării cu activitatea profesională, a anankastului standard, se întâlneşte persoana "psihastenului" care e nehotărât, abulic, dezordonat(Petrilowitsch, 1960). Acesta se caracterizează prin pronunţata predominare a indeciziei cu ruminaţii intense asupra variantelor optime de acţiune. Ruminaţiile pot apare şi ca simptome obsesive. Se pot face planuri alternative, schiţe, proiecte, algoritme, scheme, a căror valoare este în mod repetat comparată; hotărârea fiind mereu amânată, chiar după consultarea frecventă a altora. După ce o acţiune e începută ea poate fi oprită pentru a începe o altă variantă, uneori contrară. Se afirmă astfel ambitendenţa şi ambivalenţa. Evoluţia spre realizare se desfăşoară prin multe etape intermediare, ocolişuri, renunţări şi reluări. Subiectul începe mai multe lucruri în acelaşi timp, fără a termina majoritatea din ele.

Comentarea unei persoane "psihastene" din aceeaşi clasă cu anankastul rigid, formalist şi hiperordonat dar caracterizat prin indecizia abulică, împrăştiere, dezordine etc., este la fel de veche ca descrierea obsesionalităţii patologice. Termenul de "psihastenie" a fost impus de lucrările clasice ale lui Janet, având conotaţii constituţionale. Dar sensul său de variantă anormală a personalităţii abulic-dezordonate a fost comentat în psihopatologia germană (Petrilowitsch, 1960) şi reluat în literatura română (Lăzărescu, 1973). Dincolo de raportarea faţă de activitate, psihastenul poate fi – spre deosebire de anankastul tipic – mai afectiv

Chenar 20

**Varianta anankastă şi psihastenă a TPOC**

Personalitatea obsesivului, în variate forme de manifestare şi grade de disfuncţie a integrării sociale, a fost studiată de cei care au urmat tradiţia psihasteniei lui Janet şi a nevrozei obsesionale a lui Freud. În psihopatologia clinică clasică germane – instituită la Heidelberg prin Jaspers şi Schneider şi dezvoltată în diverse centre – s-a propus la un moment dat (Petrilowitsch – 1958) configurarea a două variante, sub formă de cazuri tipice ideale: cea a anankastului şi a psihstenului. Aceste modele merită reţinute ca orientative deoarece ele sunt construite intuitiv, pe baza cazuisticii, până nu s-au constituit principiile caracteriologiei actuale anglo saxone (B.F.F.) În perspectiva circumplexului Bakan. Anankastul se plasează în poziţia de dominant iar psihastenul în cea de sumisiv. Dar, modelul său characteristic nu e chiar sumisiv ci ambivalent; care, sub o altă formă poate fi reîntâlnită şi la anankast.

Anankastul este un muncitor ordonat şi scupulos care îşi planifică pe termen lung activităţile şi le execută succesiv şi sistematic. După ce a deliberat temeinic acţionează rigid, cu perseverenţă şi încăpăţânare, verificând tot timpul exactitatea rezultatelor şi programului. E hiperconştiincios, scrupulos, perfecţionist. Eventuala nesiguranţă e supracompensată prin referinţă la norme şi reguli impersonale pe care le adopă şi le urmează conştiincios. Relaţiile cu alţii sunt politicoase dar formale. Nu acceptă sugestii şi nu poate colabora cu alţii în acţiune. Se consideră omul datoriei astfel încât face ceea ce i se cere, preferând în permanenţă anonimatul şi impersonalul. Prezintă intoleranţă la ambiguitate şi inactivitate. Datorită perfecţionismului deseori nu consideră că a încheiat o sarcină, deşi ea e efectiv încheiată, deoarece are sentimentul că nu a făcut totul perfect.

Psihastenul este o persoană care se hotărăşte foarte greu; el deliberează mult, analizează diverse variante ale acţiunii proiectate care-l preocupă, abordându-le pe toate feţele, argumentează şi contraargumentează exagerat, începe un lucru şi îl părăseşte pentru alt proiect sau altă variantă; pentru ca apoi să revină la cele începute. Începe mai multe acţiuni în acelaşi timp trecând de la una la alta, pe unele părăsindu-le, temporar sau definitiv. Verifică tot timpul ceea ce face; manifestă o mare nesiguranţă şi îndoială în tooate domeniile. Termină foarte dificil proiectele începute şi nu consideră lucru încheiat deoarece are impresia că trebuie să mai verifice ceea ce a făcut. E dezordonat şi împrăştiat în toate direcţiile vieţii psihice şi a existenţei curente. E hiperreflexiv şi analitic, orice situaţie îi apare problematică şi o analizează în diverse perspective ("despică firul în patru"). Sunt frecvente ruminaţii pe teme abstracte. Poate asculta sugestiile altora dar nu duce la bun sfârşit ce a promis că va face.
Notă:psihastenul se apropie, în descrierea DSM-5, de personalitatea dependentă.

înrelaţiile interpersonale. Dar tot ambivalent şi inconstant. Nesiguranţa de sine şi deficitul de autodelimitare este şi el major, dar e trăit cu mai puţină crispare decât în cazul anankastului rigid tipic.

Relaţiile interpersonale ale persoanei cu TPOC sunt mai mult oficiale, formale ori distante. Lipseşte spontaneitatea, emotivitatea, afectivitatea tranzitivă, empatia, implicarea celuilalt, comuniunea şi rezonanţa afectivă intimă care nu anulează identitatea ci o sporeşte. Această "răceală" sau sărăcie a emotivităţii interpersonale a fost considerată specifică, fiind introdusă în multe scale de evaluare. Ea a funcţionat şi ca un criteriu pentru identificarea TPOC în DSM-III dar a fost scoasă din DSM-IV. Se mai notează lipsa umorului, a autoironiei, a ingeniozităţii jocului interpersonal, a imaginaţiei necesare capacităţii de a povesti frumos, pregnant, atractiv, astfel încât alţii să fie atraşi de expunere, de relatare. E deficitară înţelegerea cu celălalt prin consens mutual, rezonanţa afectivă ce se realizează fără cuvinte, în afara spaţiului public.

Relaţia cu celălalt tinde să fie suprapersonală, impersonală, anankastul identificându-se cu funcţionarea sa în roluri sociale. El doreşte ca relaţia cu alţii să fie clar şi precis stabilită, să decurgă dintr-o ordine explicită, fără ambiguităţi şi confuzii; şi să fie cât mai corectă. Nu reuşeşte să realizeze bine comuniunea intimă a relaţiei eu-tu şi integrarea armonioasă, colaborativă cu celălalt, în cadrul unui parteneriat. De aceea e dificilă şi colaborarea în activitate, în muncă, "celălalt" fiind admis doar dacă se conformează propriului stil de acţiune. In caz contrar, anankastul preferă să acţioneze singur, pe cont propriu.

Anankastul respectă normele şi regulile sociale, felul acceptat comun de a se comporta, ceea ce "se face", "se obişnuieşte", "se cade". Existenţa sa se reduce însă la această pojghiţă formală sau e dominată de ea. Este o altă formă a conştiinciozităţii sale, diferită de cea care se referă la activitatea productivă, la muncă. El îşi îndeplineşte corect, în mod formal, oficial, datoria faţă de altul, fără a

se lăsa „corupt” sau copleşit de compasiune şi entuziasm, de milă sau generozitate; şi invocă mereu normele etice, tinzând, prin scrupulozitate, spre perfecţionism moral. În numele normelor, principiilor şi perceptelor îşi argumentează şi justifică abstract conştiinţa sa etică rigidă, ce nu se adaptează circumstanţelor şi nu e bazată pe empatie, pe dăruire. Respectul cuvenit altora e invocat şi practicat într-o manieră rece. Pretinde celorlalţi o conduită ireproşabilă pe care de altfel şi-o impune şi lui însuşi. Rigiditatea anankastă e dublată de agresivitate. Este extrem de exigent, cel puţin în public, faţă de alţii. Acuză şi culpabilizează pe alţii pentru incorectitudinea conduitei lor, fiind intolerant şi inflexibil. Dar este în acelaşi timp scrupulos şi cu sine, autojudecându-seasupru şi găsindu-se frecvent vinovat, cerându-şi public scuze altora (mai rariertare).

Stilul de raportare interpersonală comentat mai sus se aseamănă cu “răceala afectivă” şi indiferentă schizoidă. S-au făcut apropieri între TPOC şi TP schizoidă, precum şi între patologia obsesională în ansamblu şi “autism”, ca punct de plecare în spectrul autist aşa cum este el înţeles în psihiatria infantilă. Similare ar fi nu doar hipoafectivitatea ci şi deficienţa de coerenţă interioară. Cel puţin o parte din cazurile de TPOC se grupează în această direcţie. Pe de altă parte însă, TPOC spre deosebire de cea schizoidă este activă, interesată de muncă şi de lumea oficială, întreţinând multe relaţii sociale, chiar dacă la un nivel formal şi într-o modalitate ambiguă.

În spatele principialităţii anankaste îşi face loc însă, de obicei, compromisul. În varianta standard a anankastului rigid, primul plan e ocupat de rigiditate, principialitate, scrupulozitate, relaţii formale dar corecte. Iar compromisul apare în plan secund. În varianta psihastenă în care relaţiile cu altul sunt ambivalente, ambiguitatea relaţiilor interpersonale şi compromisurile trec în prim plan.

Atitudinea distantă, oficială faţă de alţii, care în principiu e dominatoare, e de obicei dublată de ambivalenţă şi de o anumită tendinţă la dependenţă, care la

psihasten poate deveni manifestă. De fapt ceea ce se întâlneşte cel mai frecvent în TPOC este duplicitatea de tip activ-pasiv, sau pasiv-activ. Este expresia la nivelul personalităţii a unei dedublări care la nivelul simptomatologiei se exprimă ca egodistonie.

Particularităţile ce se manifestă la anankast în comportament, în activitate şi muncă precum şi în relaţiile interpersonale, se corelează cu o anumită distorsiune a sinelui, a resimţirii propriei identităţi şi a propriilor limite, a autonomiei agenţiei şi a originalităţii.

Anankastul se resimte inconsistent, nesigur de sine, slab centrat, confuz structurat, neunitar şi vag delimitat. Motiv pentru care se simte vulnerabil. Dedublarea interioară se manifestă mai ales în conduite duplicitare, în compromisuri, inconsecvenţă, ambiguităţi, care alternează cu formulări tranşante. Autoanaliza continuă, ruminaţiile, permanentul autocontrol şi scrupulozitatea, îl fac să se îndoiască de sine, să resimtă uneori acut o nesiguranţă interioară. Aceasta cu atât mai mult cu cât el diferenţiază dificil între esenţial şi neesenţial, fapt ce-l frustrează de găsirea spontană a reperelor în diverse situaţii. De aceea se agaţă în mod rigid de principii abstracte, se sprijină în mod exagerat pe norme, legi, regulamente, pe conformismul social. Neîncrederea în sine, nesiguranţa de sine ("selbstunsichere") a fost considerată de unii psihopatologi germani (K.Schneider, 1950) ca fiind nucleul psihopatului anankast. Identificarea sa cu roluri sociale şi cu funcţionarea acestora asigură o identitate de faţadă. La fel, expresivitatea publică a multor anankaşti care se îmbracă sobru, corect – uneori pedant – adoptă o ţinută rigidă, "civilizată", o mimică puţin expresivă, sau cu expresivitate aproape tot timpul serioasă. Această faţadă – mască, "persona" – odată adoptată, se constituie ca un fel de pojghiţă menită să asigure un minimum de contur şi formă. Formalismul rigid al anankastului poate fi interpretat şi ca o apărare, ca o încercare de delimitare, în raport cu dificultatea de a-şi resimţi identitatea. Faţă de tendinţa de dedublare şi dispersie, de incertitudine a limitelor persoanei. Un aspect al

problematizării persoanei, mai puţin evident la prima vedere îl constituie dimensionarea prin cele avute, prin avere, nivel la care apare zgârcenia. Ea se articulează cu nevoia obsesivului de a aduna şi tezauriza, a nu renunţa la lucrurile în posesia cărora intră, chiar dacă nu mai are nevoie de ele. În zgârcenie apare şi preocuparea obsesivului pentru detalii, fapt sesizat încă din antichitate de Teofrast, care scrie (despre zgârcit):

*(Zgârcitul) la o masă numără câte pahare a băut fiecare. Dacă nevasta a pierdut un bănuţ, cotrobăie prin oale, răscoleşte paturile, lăzile, căutând şi în aşternuturi. Din grădina zgârcitului un poţi lua nici măcar o măslină…Când are la masă invitaţi are grijă să taie carnea în bucăţi cât mai mărunte.*

Chiar dacă e bogat, anankastul poate fi meschin, dăruind puţin şi cu multă grijă, ducând o viaţă plină de privaţiuni pe care o controlează însă cât mai mult, în limitele şi detaliile sale.

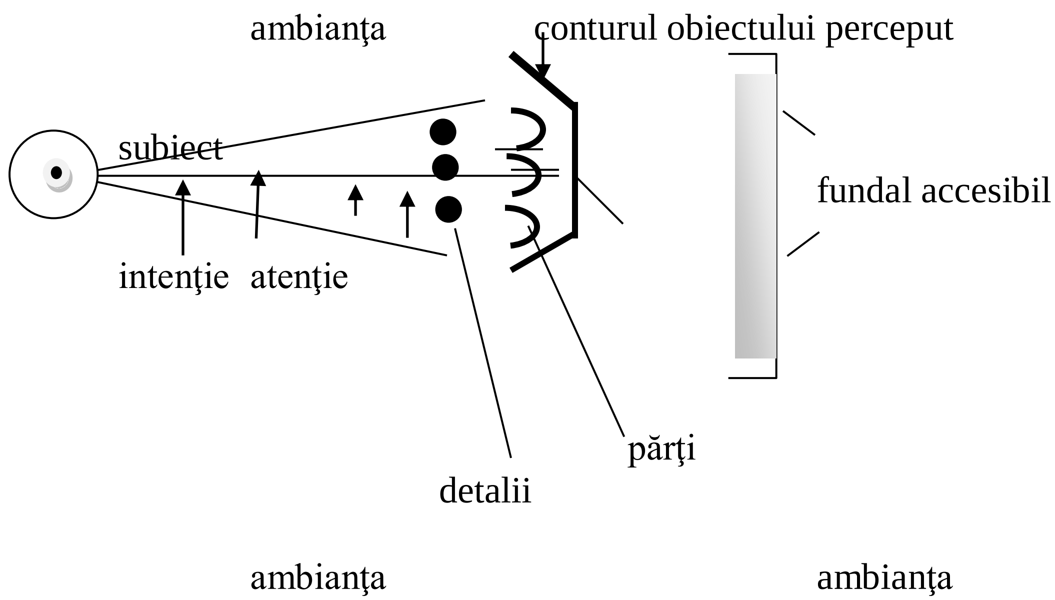
Tot în direcţia dimensionării prin posesie se desfăşoară şi colecţionarismul, comportament des întâlnit la persoane cu trăsături obsesionale. Colecţia e o proprietate privată bine delimitată şi controlată, ce se pretează uşor la ordonare, sistematizare, clasificare. Tipurile de colecţii pot fi variate, ele conturând profilul unei personalităţi date. Se pot colecţiona cărţi, albume, picturi, timbre, scrisori, şerveţele de hârtie ş.a.m.d. Bineînţeles suntem într-un alt plan faţă de simptomul obsesiv compulsiv al colecţionării de obiecte inutile.

Anexă. Dificultăţile generale de delimitare ale sinelui şi a persoanei pe care o trăie4şte şi o exprimă obsesivul se evidenţiază, aşa cum s-a comentat, şi la nivelul relaţionărilor interpersonale şi a raportărilor active la situaţie, exprimate prin simptomatologia obsesiv compulsivă şi a spectrului ei. De aceea atât în cazul TPOC cât şi a TOC şi a tb. de spectru e utilă a trimite la perturbarea funcţiei coerenţei centrale (f.c.c.) pe care cognitivismul a evidenţiat-o, în continuitatea cercetărilor configuraţioniste ale sec.XX, cu ocazia studierii autismului infantil. La

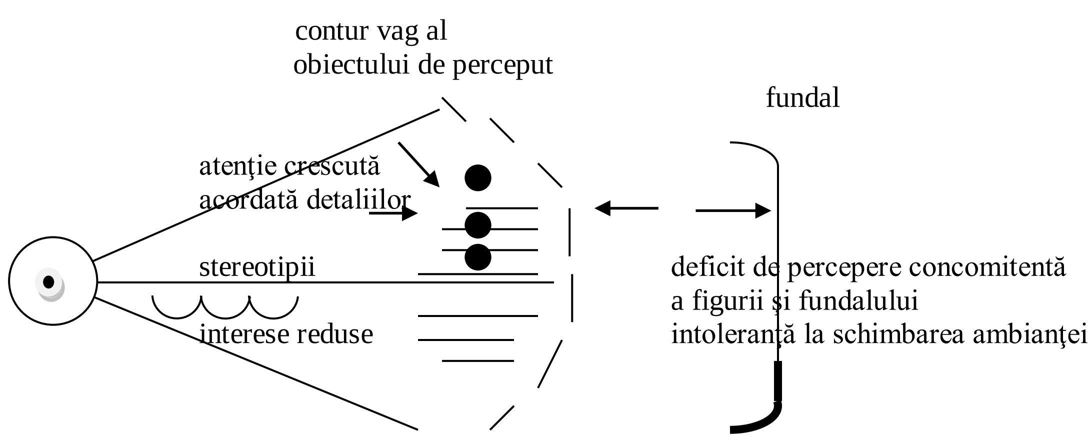
aceste cazuri percepţia ansamblurilor este deficitară, astfel încât autistul nu poate configura pregnant întregul unei figuri ca detaşat pe un fundal, el fiind fascinat de detalii şi angrenat în mişcări repetitive stereotipe.

Chenar 21

**Percepţia unui obiect în perspectiva funcţiei "coerenţei centrale"**



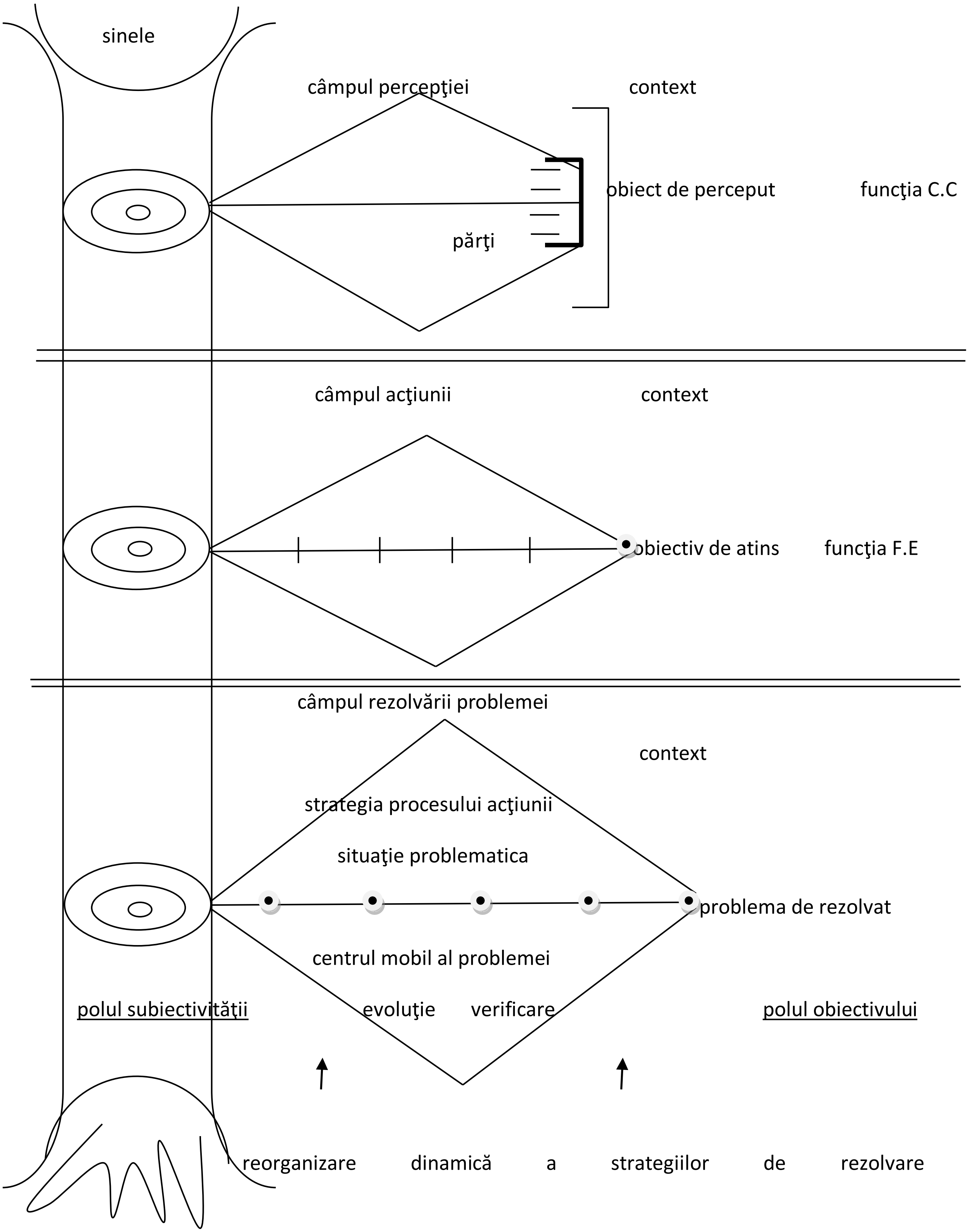

**Consecinţe ale deficienţei coerenţei centrale în autism**



Aceeaşi funcţie (şi probleme) a coerenţei centrale în raportarea la întreguri poate fi regăsită în dinamica executării unui act, ca asigurând „câmpul acţiunii" pe care-l susţin funcţiile executive angrenate într-un proiect ce urmăreşte atingerea unui scop prin etape succesive. Reducerea tensiunii care menţine coeziunea (şi din delimitarea) câmpului acţiunii este evidentă în simptomatologia comportamentală a TPOC (anankast psihastene) care se pierde în mici acţiuni colaterale de detalii, revenind cu greu la direcţia principală şi finalizând cu multă dificultate un proiect, supus unor nenumărate verificări. Se poate deci înfiera asupra unei funcţii formale a coerenţei centrale (f.c.c.) care ar susţine şi organiza orice raportare activă a subiectului la situaţie, fie ea de ordin perceptiv (contemplativ) sau activ (realizator), după schema rezolvării unei probleme. Această problemă este însă de ordin general, structural, coerenţa centrală fiind un principiu ce se aplică oricărei structuri organizate, centrate şi definite prin delimitare; deci şi personalităţi, î ansamblu. Asupra problemei se va reveni odată cu discutarea dezorganizării schizofrene.

Chenar 22

**Funcţia coerenţei centrale susţinei câmpul rezolvării unei probleme situaţionale,; structura e similară cu cea a câmpului perceptiv şi a câmpului acţiunii**



## 4.Tulburările corelate traumei şi stresului şi tb. dissociative. Povestea histeriei

### 4.1.Tb.corelate traumei şi stresurilor

În ultima ediţie DSM-5 (2013) există un capitol intitulat Tb.datorate stresului şi traumei, plasat înaintea celui consacrat Tb.disociative, ce sunt şi ele creditate ca fiind parţial determinate de traume psihice. Acest Capitol nu exista în ediţia princeps a DSM-III (1980) deşi unele din tb.incluse acum erau şi atunci descrise, dar plasate în alte capitole. Când s-a lansat , DSM-III s-a autoproclamat ca "neutru d.pd.v. teoretic în perspectiva etiopatogenezei"; ceea ce însemna că includerea în diagnostic a condiţionării psihosociale a unei categorii nu ar trebui să fie utilizată. Totuşi încă de la începutul sec.XX Jaspers a conturat cadrul posibil al "reacţiilor psihopatologice comprehensibile" cu exemplu din stările consecutive spaimei cu manifestări anxioase sau cea de doliu prelungit cu trăiri depresive. În ultimele decenii au existat dezbateri aprinse în mediile de specialitate americane pe această temă, mai ales datorită curentului de idei ce lupta împotriva stigmatizării prin etichetare diagnostică psihiatrică. Dacă trăriile reactive fireşti sunt acceptate de la o anumită intensitate ca diagnostic psihiatric, atunci poarta abuzurilor ar fi deschisă, limitele fiind greu de stabilit. Problema a devenit în timp mai complicată prin faptul că parametrii clasici ai definirii reacţiei psihopatologice – corelaţia nemijlocită cu trauma, comprehensibilitatea răspunsului, remiterea treptată după încetarea stresurilor – au fost completate în cadrul doctrinei vulnerabilitate/stress cu noi perspective, care estompau distanţa faţă de "endogenie". Astfel s-a introdus în ecuaţie raportul dintre evenimentul stresant şi vulnerabilitatea subiectului, în care intervine genetica, suferinţe biologice şi rezultatele cumulative ale experienţelor negative ale vieţii. Apoi, pe lângă clasica psihotraumă constând din ameninţare şi agresiune, s-au evidenţiat valenţele psihotraumatice ale frustrării,

Chenar 23

**Stresorii psihosociali pot accentua vulnerabilitatea determinând sau declanşând tb. psihopatologice, fiind contrabalansaţi de factori protectivi**

Echilibrul dintre

Stresori → vulnerabilitate ← factori protectivi

**Factori organici**
- genetica
- noxe somatice acute
- bio-psiho-ritmuri şi crize biologice →

**Factori psiho-sociali**
- psihotrauma
- schimbări de viaţă
- eşecuri
- frustrări
- conflict interpersonal trenant
- epuizarea
- situaţii stresante trenante
- conflict intrapsihic
- crize ale dezvoltării şi crize existenţiale
- învăţări patologice

← Abilităţi de „coping" cu stresul
Abilităţi de relaţionare socială
Reţea de suport social
Relaxarea
Satisfacţii de viaţă

← Sensul existenţial şi creativitatea

↓ Episod psihopatologic

**Ciclul vieţii personale, ce se desfăşoară între naştere şi moarte se derulează în mijlocul unor reţele sociale proxime, care sunt şi ele dinamice (familia de origine, relaţii educative sau de la locul de muncă** etc.

Naştere — Stresori — protecţie

Ciclul vieţii personale

Ciclul familial — Familia de origine

Ciclul educativ-instructiv

Ciclul locativ — Ciclul profesional

Ciclul vieţii civice

Stresori circumstanţiali — -tulburarea mintală- — Funcţionare, Satisfacţii

Reţelele sociale proxime sunt surse de sprijin, suport, satisfacţii, exercitarea competenţelor, dar şi surse de stresori (acuţi, trenanţi): principalele schimbări de viaţă se realizează la nivelul acestor cicluri.

eşecului, schimbărilor de viaţă, a substimulărilor şi a psihotraumelor minore prelungite din ambianţa proximă. Un rol deosebit l-a jucat apoi introducerea conceptului de “schimbare de viaţă”, constatându-se că aceasta poate decompensa un subiect vulnerabil, chiar dacă este dorită şi pozitivă, prin suprasolicitările pe care le determină efortul de readaptare la o nouă reţea socială, un un nou ritm şi reguli de activitate, a schimbării habitudinilor etc. În sfârşit, factorii stresanţi se cereau puşi în balanţă cu factorii protectivi şi compensatori.

Evidenţa clinică a condus demult la acceptarea unor reacţii de dezadaptare, diferite de psihotraumele dramatice, ce se petrec în condiţii aparent fireşti de existenţă la unele persoane vulnerabile, manifestându-se prin simptome anxioase, depresive sau iritabil comportamentale. Acestea au fost introduse deja în clasificarea DSM-III. Apoi, rolul patogenetic al substimulărilor psihosociale a fost studiat atent la pacienţii instituţionalizaţi. Wing şi Brown au demonstrat că această substimulare accentuează simptomatologia negativă a schizofrenilor cronici, fapt ce a pledat pentru programe de stimulare şi ergoterapie în instituţii; dar mai ales pentru evitarea instituţionalizării prelungite. Extrem de important s-a dovedit deficienţa de stimulare psihosocială adecvată la vârstele mici, în perioada în care se formează relaţia de ataşament, prin absenţa adecvată a mamei sau a substitutului ei (“frustrarea de mamă”). Observaţiile au condus la conturarea a două tablouri clinice care rezultă din această condiţie şi care sunt introduse în actualul DSM-5 la capitolul care este acum în discuţie. E vorba de:

**<u>Tb. de ataşament reactivă.</u> Aceasta se diagnostichează la copiii între 9 luni şi 5 ani care au suferit de: - neglijare sau deprivare socială prin nesatisfacerea nevoilor emoţionale bazale pentru comfort, stimulări, afecţiune din partea îngrijitorilor; situaţie care a limitat posibilitatea de a se forma un ataşament stabil; sau prin: - îngrijirea în locaţii neadecvate, care au împiedecat ataşamentul selectiv (de ex. în instituţii supraaglomerate). Se manifestă prin:**

**- Copilul caută foarte rar (sau deloc) comfort când e stresat (şi separat); - Rareori răspunde la comfort, dacă i se oferă, în aceste împrejurări.**

**- Prezintă persistente tb. emoţionale şi sociale constând din: - Răspunde minimal social şi emoţional la prezenţa altora; - Are afecte pozitive limitate: - Prezintă episoade inexplicabile de instabilitate, supărare, frica la interacţiuni obişnuite cu adulţii.**

O altă tb. din aceeaşi categorie este:

**Tb.angajării sociale dezinhibate. Se diagnostichează tot între 9 luni şî 5 ani, în condiţii similare cu precedenta şi constă din:**

**- Reducerea sau absenţa reticenţei în contactul şi interacţiunea cu adulţii nefamiliari;**

**- Comportamente hiperfamiliare verbale şi fizice cu străinii (neobişnuite în cultura sa);**

**- Absenţa (checking back) cu îngrijitorul adult, după ce umblă….**

**- Lipsa de grijă şi ezitare de a pleca împreună cu străinii.**

Privitor la stările psihopatologice ce pot apare după expunerea adulţilor la situaţii stresante extreme, lumea americană a fost impresionată către sfârşitul sec.XX de reacţiile psihice prelungite pe care le-au avut unii soldaţi din Vietnam. Astfel încât s-a decantat progresiv conceptul de tulburare de stress posttraumatic. În cele din urmă, chiar clinica psihiatrică a ajuns să fie interesată tot mai mult de vulnerabilitatea psihică şi de stările psihice reactive, chiar dacă nu aveau intensitate clinică, importante în educaţia conceptuală pe care a introdus-o viziunea spectrelor maladive.

Trecerea în revistă pe scurt a tulburării lor incluse în acest capitol e utilă pentru a se remarca cum o serie de manifestări psihopatologice ca anxietatea, depresia, obsesia etc. apar în context reeactiv, într-o modalitate diferită de cea pe care o întâlnim în cadrul sindroamelor psihopatologice ce apar mai puţin condiţionate prin evenimente trăite. Se vor avea în vedere descrierile din DSM-5 şi ICD 11.

**<u>Tb. de stress posttraumatic</u> (TSPT) este circumscrisă în DSM-5 şi ICD-11, printr-un ansamblu de simptome ce se instalează ca o consecinţă directă a unor trăiri intens psihotraumatizante, menţinându-se apoi o perioadă de timp. Categoria are mai multe variante de intensitate. În DSM-5 s-a menţinut ca variantă mai uşoară <u>Tb.reacţiei acute la stress</u>, ce apare în primele trei zile de la eveniment şi durează cel mult o lună; pe când TSPT poate apare şi după un interval liber (maxim până la 6 luni, dar unele simptome sunt de la început prezente); iar durata ulterioară este de până la 6 luni.**

**Condiţia de apariţie se referă la trăirea nemjlocită de către subiect a unui eveniment traumatic ce constă în ameninţare cu moartea şi injuriii serioase sau violenţă sexuală. Se are în vedere în DSM-5 şi situaţia în care subiectul asistă ca martor ocular la evenimente DE ACEST TIP ce le suportă o persoană apropiată; sau expunerea sa repetată (de ex. în anchetă) la detalii impresionante privitoare la ce s-a întâmplat acestora. ICD-11 introduce ca factor de gravitate expunerea prelungită sau repetată la o experienţă ameninţătoare şi înspăimântătoare sau supunerea la condiţii din care nu se poate scăpa (tortură, sclavaj, genocid, violenţă domestică prelungită, repetate abuzuri sexuale în copilărie etc.).**

**Simptomatologia se împarte în mai multe grupe:**

**- Simptome intruzive (de tip obsesiv) constând din reamintiri involuntare şi tulburătoare a evenimentelor; - coşmaruri ce conţin şi trăiri afective din timpul evenimentului; - retrăirea unor scene (flashback-uri) care reactualizează aspecte ale evenimentului; - stări meplăcute psihice şi fiziologice legate de tot ce aminteşte evenimentul.**

**- Persistente evitări (de tip fobic) a stimulilor asociaţi cu evenimentul: - efortul de a evita amintiri şi gânduri sau sentimente correlate cu evenimentul; - sau, a unor aspect exterioare care ar declanşă astfel de amintiri (locuri, activităţi, obiecte, situaţii).**

**- Marcate alterări a reactivităţii şi arousalului asociate cu evenimentul traumatic: - comportament iritabil şi izbucniri de furie, exprimate verbal şi fizic, asupra oamenilor şi obiectelor; - izbucniri comportamentale autodistructive; - hipervigilitate; - răspunsuri speriate (Starl); - probleme cu comunicarea; tb. de somn (deficit de adormire, de a rămâne adormit, somn superficial).**

**- Alterări cognitive şi ale dispoziţei (în sens depresiv) corelate cu evenimentul: - inabilitatea de a-şi reaminti aspecte importante ale**

**evenimentului (în sens disociativ); - convingeri negative exagerate despre sine ("sunt un om rău, …în care nu se poate avea încredere"); - cogniţie distorsionată privitoare la cauzele şi consecinţele evenimentului, care justifică blamarea de sine sau a altora; - stare emotivă negative prelungită (frică, oroare, furie, vinovăţie, ruşine); - sentiment de detaşare şi înstrăinare faţă de alţii; - inabilitatea persistentă de a exprima emoţii pozitive (satisfacţii, bucurii, dragoste).**

**Ultimele două grupaje de simptome sunt considerate în ICD 11 ca şi caracterizând formele complexe ale PTSD, cele care apar mai ales după stressuri repetate şi prelungite.**

**În DSM-5 se mai menţionează la simptomatologie, ca specificatori, eventualitatea prezenţei simptomelor de depersonalizare/derealizare.**

**- Depersonalizarea: experienţa recurentă sau persistentă de a fi detaşat de sine ca un observator extern a propriilor procese mentale,a propriului corp (sentimentul de parcă ar visa, nerealitate a sinelui şi corpului, faptul că timpul se scurge încet).**

**- Derealizarea: sentiment de irealitate a ambianţei (lumea din jur e experimentată ca ireală, distantă, asemănătoare cu cea din vis, distorsionată).**

Tabloul semiologic al TSPT e instructiv, indicând cum în condiţii de solicitare extremă se mobilizează tot sistemul funcţional al psihismului persoanei, astfel încât simptomatologia ce o întâlnim acoperă variate arii, care în alte stări psihopatologice se manifestă separat şi lipsite de transparenţă cauzală. În TSPT întâlnim simptome anxios fobice, care au în vedere evitarea a tot ce aminteşte de evenimentul traumatizant. Apoi simptome obsesive sub forma repetiţiei intrusive a evenimentului ca reamintiri, vise, flashback-uri. Sunt manifeste trăiri dispoziţionale iritabil agresive şi disforice în perspectiva autoevaluării subiectului în raport cu evenimentul trăit. În sfârşit, sunt prezente tulburări ale arousalului şi vigilităţii, amnezie electivă, fenomene de depersonalizare, derealizare, toate din serie disociativă.

Privitor la simptomatologia de tip disociativ mai sunt două manifestări pe care tradiţia clinică le-a plasat frecvent în corelaţie cu evenimente stresante de viaţă, deşi ele sunt comentate predominent în cadrul tb. disociative. Este vorba de:

**- <u>Stuporul reactiv</u>. Acesta se instalează după stresori puternici trăiţi direct (de ex. condiţii de război sau cutremur) în care multe persoane mor în jur. Subiectul rămâne imobil într-o poziţie uneori neobişnuită, hiporeactiv la stimuli. El ajunge să fie mobilizat (uneori cu greu) de către alţii; iar starea de vigilitate revine treptat, putând trece prin diverse faze.**

**<u>- Deplasările (fugile) cu stare de vigilitate redusă (crepusculară)</u>. Uneori acestea apar direct după un eveniment neplăcut pentru subiect: deplasarea este în stare semivigilă, fără accidente, cu răspunsuri parţiale la stimuli, prin locuri relative cunoscute; iar revenirea la vigilitatea completă se instalează după câteva ore sau zile, de obicei cu amnezia episodului.**

O tb. care a atras de mult timp atenţia clinicienilor a fost cea corelată cu doliul prelungit. În spiritul reacţiilor comprehensibile ale lui Jaspers, mult timp s-a insistat asupra anumitor caracteristici speciale ale depresiei în aceste cazuri. Dar, constructorii DSM-5 nu au putut cădea de accord asupra problemei. În ICD-11 s-a găsit însă o alternativă.

**<u>Tb. doliului prelungit (Grief) din ICD-11</u> se instalează după moartea unei persoane apropiate (partener, părinte, copil sau altcineva apropiat) şi e caracterizată, în ICD-11, prin: - dorinţă persistentă şi atotcuprinzătoare de a fi din nou în apropierea celui decedat însoţită de o pronunţată durere emoţională (tristeţe, vinovăţie, furie, negare, blam, dificultatea de a accepta moartea, sentiment că a pierdut o parte din sine, dificultăţi de a se angaja în activităţi sociale sau de altă natură). Răspunsul prin afectul negativ al supărării e persistent, atipic de lung în timp (peste 6 luni), diferit de ceea ce e de aşteptat conform normelor sociale, culturale, religioase ale contextului în care subiectul trăieşte. Suferinţă cauzează deficienţe în funcţionarea personal familială socială, educaţională şi altele.**

Reacţia de doliu prelungit din ICDD-11 pune accentul nu atât pe dispoziţia depresivă pe care orice pierdere o induce, ci pe specificitatea pierderii relaţionale a

unei persoane apropiate, pierdere pe care subiectul nu poate şi nu vrea să o accepte. De aceea sunt luate în considerare o serie de aspecte comportamentale şi atitudinale ca furie, negare, blam etc. Prin aceasta depresia de doliu este particularizată într-un tablou psihocomportamental bine definit.

### 4.2.Tulburări disociative

Tb. disociative sunt plasate atât în DSM-5 cât şi în ICD-11 imediat după Tb. datorate traumei şi stressului. În DSM-5 se precizează expres că tb. disociative apar de obicei ca urmare a traumelor psihice, că influenţa acestora se exprimă uneori în simptome disociative, dar că plasarea în sistematică e făcută totuşi distinct.

Tb.disociative sunt urmaşele unui grupaj de tulburări din clasica nevroză histerică, a cărei tablou clinic s-a conturat la sfârşitul sec.XIXpe vremea lui Charcot. Simptomatologia acesteia, care în mare parte a fost identificată din antichitate, se agregă între doi poli: disfuncţii şi deficienţe funcţionale corporale hiperexpresive, care în psihanaliză au căpătat eticheta de “histerie de conversiune somatică”. Nucleul tradiţional al acesteia îl constituie marea criză de leşin, ce trebuia diferenţiată de criza epileptică; precum şi simptome ce mimează suferinţe neurologice. A doua clasă de tulburări reuneşte manifestări şi comportamente ce se derulează cu o stare de vigilitate variabilă şi care sugerează că subiectul nu-şi mai controlează suficient identitatea şi agenţia de acţiune. Aceste episoade, care includeau şi stările de transă şi de dublă personalitate, au fost etichetate spre sfârşitul sec.XX – inclusiv în DSM-III-5 – ca tb. disociative (de conştiinţă). În prezent DSM-5 comentează, distinct aceste două clase, vechea histerie de conversie somatică fiind prezentată în clasa tb. centrate pe disfuncţii corporale. În schimb sistemul ICD-11 păstrează împreună acest grupaj, în cadrul tb. disociative, ceea ce face mai comprehensibilă corelaţia cu tradiţia histeriei. În acest capitol vom urma prezentarea din ICD-11.

**<u>Tb. disociativă ce se referă la simptome neurologice (tradiţionala conversie somatică)</u>. Acestea constau în simptome motorii, senzoriale şi cognitive, care implică discontinuitatea involuntară a integrării normale a funcţiilor şi care nu sunt consistente cu modalităţile de recunoaştere a acestor simptome în patologia sistemului nervos sau în alte domenii de patologie. Inventarul acestor simptome e amplu şi cuprinde:**

**- Simptome disociative neurologice (s.d.n.) cu tb. vizuale, auditive, cu vertigo şi ameţeli; cu alte tb. senzoriale;**

**- S.d.n. cu crize de aspect epileptic;**

**- S.d.n. cu tb. de vorbire, cu pareze (sau slăbiciune musculara), de mewrs, tb. ale mişcărilor de tip: coreic, mio clonic, tremor, distonie, spasm facial, parkinsonism;**

**<u>S.d.n. cu simptome cognitive</u>: cu deficit de performanţă a memoriei, limbajului, cogniţiei (sd. Ganser).**

*** <u>Amnezia disociativă</u>, constă în imposibilitatea de a-şi reaminti date importante de memorie, cel mai tipic a unor evenimente psihotraumatice recente, într-un mod diferit de rememorarea normală.**

*** <u>Tb. de transă</u> constă într-o marcată alertare a stării de conştienţă o pierdere a sensului obişnuit al identităţii personale, o pronunţată îngustare a perceperii ambianţei imediate sau o neobişnuită focalizare pe un stimul ambiental; mişcările sunt restricţionate, la fel postúrile şi vorbirea, cu repetarea unui repertoriu redus şi cu experienţa că totul se petrece în afara controlului subiectului. Dar, fără sentimentul că propria identitate e înlocuită de o alta.**

**Tb. e involuntară şi nedorită, în afara obiceiurilor culturale; se manifestă recurent cu durată scurtă; dacă e episod unic trebuie să dureze câteva zile.**

*** <u>Tb. de transă cu posesiune</u> se caracterizează printr-o stare de transă în care e prezentă o marcată alterare a stării de conştienţă iar sensul firesc de identitate personală e înlocuit printr-o "identitate care-l posedă"; subiectul**

**resimte că mişcările şi comportamentul său sunt controlate de agentul care-l posedă. Acest agent poate fi un spirit, un demon, un zeu etc.**

*** <u>Tb. de identitate disociativă</u> se caracterizează printr-o disrupţie a identităţii prin care subiectul ajunge să aibe două sau mai multe stări de personalitate distinctă. Fiecare stare de personalitate include propriul registru de experienţe, percepţii, concepte şi raportări la sine, corp şi ambianţă. Două (sau mai multe) stări de personalitate distinctă preiau (alternativ, recurrent) controlul executiv asupra conştiinţei şi funcţionării individului în interacţiunile sale cu alţii şi cu ambianţa, precum şi în funcţionarea vieţii zilnice, ca părinte, ……sau răspuns la situaţii specific (de ex. reacţie la ameninţări). Schimbarea în starea de personalitate e însoţită de modificări în senzaţie, percepţie, cogniţie, memorie, control motor şi comportamental. Se manifestă episoade tipice de amnezie ce poate fi severă.**

**În ICD-11 se menţionează şi o tb., de identitate parţială, în care există o personalitate dominantă şi una secundară, ce se manifestă intermitent şi intruziv, în plan cognitiv, afectiv, perceptual, motor, comportamental. Intruziunile sunt de obicei adversive. Dar personalitatea secundară nu preia controlul executiv decât eventual, în rare şi scurte momente, ca răspuns la stări emoţionale extreme.**

*** <u>Tb. de depersonalizare/derealizare</u> se caracterizează prin manifestări recurente sau persistente ale uneia din aceste stări sau ale amândurora. <u>Depersonalizarea</u> se caracterizează prin experimentarea sinelui ca straniu sau ireal, sau ca simţindu-se detaşat de el, ca un observator exterior al propriilor gânduri, sentimente, senzaţii, corp, acţiuni. <u>Derealizarea</u> se caracterizează prin experimentarea altor persoane, obiecte şi a lumii ca stranie sau nereală (ca în vis, distantă, ca în ceaţă). Lumea apare ca lipsită de viaţă, de culoare, sau distorsionată vizual; subiectul se poate resimţi ca detaşat de ambianţă. Testarea realităţii rămâne intactă.**

La capătul listei de tulburări care sunt incluse în prezent în grupul celor disociative, cei care iau pentru prima data contact cu psihiatria în zilele noastre vor avea desigur dificultăţi în a recunoaşte uşor în ele tradiţia clasicei histerii. Mai ales că, aşa cum s-a menţionat, există diferenţe remarcabile între abordarea din DSM-5 si cea din ICD-11. În DSM-5, în cap.tb. disociative nu sunt incluse simptomele

conversive corporale, incluzând criza similiepileptică, tb.senzorială, motorie şi senzitivă;  iar tb.de transă apar doar în cadrul comentariilor. In ICD-11, in cap.tb.disociative, apar atât tb.conversiv corporale variate, cât şi dubla personalitate, tb.amnestică şi tb. de transă, cu sau fără posesiune (de spirite). Cine nu cunoaşte istoria medicinei, cu greu poate înţelege această apropiere. S-ar putea ca pentru tânărul lector şi învăţăcel actual cel mai ciudat aspect să fie simptomatologia posesiunii de spirite, pe care şi DSM-5 o menţionează substanţial. Desigur, o explicaţie ar putea fi avansată prin faptul că psihiatria actuală, are de comentat o psihiatrie ce e practicată într-o societate postindustrială în care majoritatea cetăţenilor nu mai cred în spirite. Pe de altă parte însă, în contextul globaliării, urmează să se diagnosticheze şi cazuri din diverse culturi, inclusiv din acelea care mai cred în spirite care posedă omul. Totuşi, de ce starea de transă cu posesiunea de spirite apare oare în aceiaşi clasă nosologică cu incapacitatea de a vorbi sau a mişca mâna.

Date fiind aceste provocări, considerăm utilă o incursiune în istoria histeriei, care, prin comentarea ei încă din antichitate în marginea epilepsiei, aduce în discuţie această problemă a relaţiei omului cu spiritele.

### 4.3. Povestea histeriei

În istoria medicinei occidentale histeria e comentată pentru prima dată în medicina greacă antică alături de epilepsie din vremea Corpusului Hipocratic până în cea a lui Galen, refuzându-se tradiţionala interpretare a acestor două patologii prin posesiunea de spirite. Pentru histerie era propusă, ca alternativă, concepţia umoralistă a lichefierii uterului nesatisfăcut al tinerelor fete care începe să circule prin corp. Ajungând la nivelul inimii, acesta ar induce palpitaţii, la nivelul ficatului – vomismente, la nivelul plămânilor – sufocări, la nivelul laringelui – nod în gât, iar la nivelul capului, leşin. Se sugera terapeutic aplicarea de substanţe rău mirositoare la nas, pentru a-l alunga; şi substanţe bine mirositoare în zona

pelvisului, pentru a-l atrage să revină la loc. Leşinul histeric ca parte finală a crizei trebuia diferenţiat de epilepsie, boala masculină, a cărei etichetare populara de “boala sacră” mai făcea totuşi trimitere la posesiunea de fiinţe supranaturale, zei, demoni sau alte spirite. Medicina hipocratică a combătut această concepţie, fără a putea îndepărta concepţiile populare care se păstrau şi făceau din epileptic un om deosebit, posibil contagios, pe care era preferabil să nu-l atingi. Iar la romani, dacă cineva făcea o criză epileptică în Senat în timpul deliberărilor din comiţii, acestea se suspendau (de unde denumirea de “boală comiţială”). În sec.I d.Ch. medicul Soranus din Efes emite deja dubii asupa doctrinei uterului migrator, amintind de posibilitatea histeriei masculine. Galen descrie o formă letargică, una cu predominenţa sufocaţiei şi alta motorie a histeriei.

Pe lângă plasarea în marginea epilepsiei, ca o variantă eşuată, slabă, „feminină” a acesteia, histeria aduce în scenă în medicina antică aspectul „funcţional” tranzitoriu, a unor manifestări maladive ce aveau şi o variantă gravă, de pericol vital sau de scoatere a individului din circuitul social. Palpitaţia, sufocarea, incapacitatea de a vorbi şi merge, de a mişca mâna şi de a vedea, toate sunt tulburări importante, care îi alertează pe cei din jur şi îi pun în gardă asupra unui posibil pericol major. Dar aceste manifestări apar în cazul histeriei ca pseudosimptome pasagere, funcţionale, susţinute nu de iminenţa reală a morţii sau a unei maladii grave; ci, de parodia unei sexualităţi nesatisfăcute. E decupată astfel o întreagă faţetă a patologiei generale, în care o manifestare psihică hiperexpresivă şi o disfuncţie corporală funcţională sunt corelate intim.

Antichitatea perioadei elenistice ne-a mai lăsat însă şi alte mărturii privitoare la tulburări corporale şi mentale funcţionale, atribuite de data aceasta explicit posesiunii de către spirite. Deşi trăiau în mediul cultural elenistic al Imperiului Roman, evreii aveau o tradiţie religioasă deosebită în care, pe lângă Dumnezeul unic şi atoateputernic, mai erau active şi spirite malefice, uneori manevrate chiar de către acesta. Astfel, Dumnezeu trimite un spirit rău la Regele Saul, care-i

întuneca astfel periodic mintea, deoarece acesta nu i-a ascultat întocmai porunca. Când era stăpânit de spirit, Saul nu se mai putea controla şi arunca cu lancea în David. În acest univers trăiau mulţi suferinzi cu mintea şi cu trupul, schilozi, orbi, muţi sau nebuni, pe care Iisus îi vindecă prin exorcizări, alungând spiritele rele din ei. Şi astfel, ologii încep să umble, orbii încep să vadă ş.a.m.d. Desigur, aceste minuni ale lui Iisus nu au doar o semnificaţie nemijlocită medicală ci şi una simbolică, ele exprimând nevoia unei schimbări spirituale a omenirii. Dar pildele ne trimit totuşi la experienţa multimilenară a tratării bolilor de oameni, prin aluungarea spiritelor rele.

Corelaţia dintre boală şi intervenţia spiritelor malefice este veche şi universală, întâlnindu-se peste tot în societăţile arhaice de culegători şi vânători. Iar cei ce îndeplineau funcţia cvasimedicală de vindecători erau şamanii sau "medicine man", dintre care o parte au mai putut fi studiaţi de către etnologi în sec.XIX şi XX. Caracteristicile acestei activităţi sunt amplu comentate de M.Eliade în monografia sa privitoare la şamanism.

Şamanul vindecător, ca personaj central al colectivităţii, ştia cum să ia legătura cu spiritele care intervin în condiţionarea bolilor omului. El putea intra, printr-o tehnică specială, într-o stare de transă/extaz, prin care realiza o moarte simbolică. În timpul acesteia sufletul său părăsea trupul şi călătorea în lumea spiritelor, pentru a întâlni acolo şi readuce înapoi pe pământ sufletul omului bolnav, însănătoşit. Odată încheiată această ispravă, propriul său suflet reintra în corp şi el se „trezea" la realitatea ambientală.

Complexul manifestărilor şi trăirilor şamanice reprezintă o experienţă matricească a omenirii, ce nu poate fi ignorată de psihopatologie.

Chenar 24

**Mircea Eliade despre şamanism**

Monografia clasică a lui Eliade, care integrează datele cunoscute în vremea sa despre şamanism şi „medicine-man” din Siberia, Asia centrală, zona arctică, Australia şi cele două Americi, reconstituie personajul şi funcţiile şamanului, care era în primul rând un terapeut (şi psihopomp) ce conlucra cu lumea spiritelor.

Şamanul comunităţii, după ce-şi găsea vocaţia – de obicei printr-un vis trimis de spiritele şamanilor decedaţi dar şi prin alte procedee – urma o lungă perioadă de iniţiere, în care esenţială era experienţa unei morţi şi renaşteri ritualice (moartea comporta descărnare şi dezarticulare cu recompunerea unui nou corp, de obicei cu adausuri; şi renaştere). Specialitatea şamanului era vindecarea celor bolnavi şi suferinzi, condiţia acestora fiind interpretată prin alterarea sau pierderea sufletului preluat de spirite. Şamanul întreţinea strânse legături cu lumea spiritelor, având deseori soţii-spirite cu care aveau contacte sexuale în vis. El avea spirite protectoare şi spirite ajutătoare – de obicei sub formă de animale, a căror limbă o cunoştea, venerând şi anumiţi zei; Dar nu oficia cultul sacrificiului. Ședința terapeutică şamanică se derula în faţa comunităţii şi a celui suferind. Ea consta în îmbrăcarea unui costum special, cântece şi dansuri întrețînute prin ritmul tobei, recitări, totul terminându-se cu un leşin; adică, cu intrarea în transă a şamanului, a cărui suflet părăsea trupul şi călătorea în lumea spiritelor; de aici, după mai multe peripeţii, sufletul său se reîntorcea în trup, readucându-l şi pe cel al bolnavului, pe care-l găsise la răpitor. Urma „trezirea” şamanului; iar bolnavul urma să fie vindecat.

Mircea Eliade, Şamanismul şi tehnicile arhaice ale extazului, Ed.Humanitas, Bucureşti, 2007

Iar întregul complex al simptomatologiei histerice apare sub o altă lumină, dacă îl gândim ca surogatatul feminin a respectatei crize masculine a epilepsiei, numită de romani şi ”morbus sacer”. Căci prestigiul de care epilepsia s-a bucurat în toate societăţile arhaice, poate fi cu uşurinţă relaţionat, aşa cum s-a menţionat de la început, cu amintirea profesiei de şaman. Adică a acelui „medicine-man”, care poate să îşi scoată sufletul din trup, lăsându-l într-o aparentă moarte, şi să călătorescă în lumea spiritelor, pentru a găsi şi readuce pe pământ, însănătoşit, sufletul omului bolnav. Şamanul, ca personaj central care gestionează relaţiile comunităţii cu spiritele (inclusiv conducând sufletul celui mort în lumea de dincolo) avea un prestigiu deosebit în societăţile de vânători culegători, tocmai datorită puterii de a controla aceste relaţii. Histeria apare acum, pe vremea elenismului, ca o variantă feminină slabă, eşuată, ridicolă chiar, a cazului

şamanului. Nu doar că individul nu mai controlează spiritele pentru a negocia cu ele însănătoşirea; dar el cade în condiţia pasivă a însăşi bolnavului, năpădit şi manipulat de spirite.

Doar că, raţionalismul medicinei greco romane face acum abstracţie de „superstiţia" spiritelor, boala apărând ca o patologie corporală, interpretată umoralist, în care uterul migrator manipulează corpul neputincios al subiectului. De remarcat că şi în această interpretare elenistă, pacienta histerică era într-o condiţie de pasivitate manevrabilă, uterul migrator având şi conotaţii simbolice de element cvasiviril ce induce manifestări şi comportamente observabile. Odată cu greco-romanii suntem de mult în vremea societăţilor agrare, care venerau fecunditatea feminităţii; şi pentru care un uter sterp şi migrator amintea, poate, de spiritele scăpate de sub control de către arhaicul şi dispărutul şaman, ajuns impotent. De fapt se cere a nu fi neglijată chiar conotaţia sexuală a acestei patologii. În mod destul de transparent criza histerică, ce se manifestă la fetele nesatisfăcute sexual, se desfăşoară ca un echivalent de orgasm; ca o parodie a sexualităţii feminine, care, prin ea însăşi, ar fi trebuit să simbolizeze fecunditatea naturii.

Atmosfera antropologică în care se desfăşoară histeria este una a pasivităţii, sumisiunii, a apelului de a fi ajutat, manevrat, manipulat, pacientul desfăşurând un comportament pe care nu şi-l mai poate controla şi asuma. Practic, el se lasă în posesia unui „alter ego", mai mult sau mai puţin personificat.

După Renaştere, când medicina e prezentă în cadrul nou înfiinţatelor Universităţi ce iau naştere în Europa începând cu sec.XIII, concepţia umoralistă antică, transmisă mai ales pe filiera arabă, este reactualizată, împreună cu întreaga doctrină a uterului migrator;dar şi a apropierii dintre histerie şi epilepsie. Medicina modernităţii va beneficia însă de o nouă ambianţă ştiinţifică, orientată empiric, observaţional şi experimental. Ea s-a concentrat iniţial asupra anatomiei, ulterior

asupra chimiei şi începând din sec.XVIII, chiar asupra electricităţii. Dar înainte de a parcurge paşi semnificativi în aceste direcţii, ea a străbătut epoca de recrudescenţă majoră a magiei, alchimiei şi astrologiei, pe care Renaşterea a declanşat-o. Pentru problematica histeriei şi epilepsiei are importanţă reafirmarea în această perioadă a temei posesiunii omului de către spirite demoniace, desfăşurată în marginea practicilor vrăjitoreşti.

În cele câteva veacuri în care Inchiziţia catolică a intentat procese şi a ars pe rug vrăjitoare, principala acuzaţie ce li se aducea acestora era că, în urma unui pact cu diavolul, cu care uneori întreţineau şi relaţii sexuale, acţionau la distanţă pentru a interveni în probleme de sănătate şi dragoste. Tradiţionalele manifestări corporale convulsive şi hiperexpresive ale histericelor erau acum interpretate şi ele ca posesiune demoniacă. Iar vinovăţia, aparţinea vrăjitoarelor sau celui ce a trimis spiritele să o „muncească” pe femeia posedată, ce se zvârcolea. În celebrul caz al maicii Ioana a Îngerilor – reanalizat în sec.XIX de şcoala lui Charcot – posedata era ajutată prin slujbe de exorcizare a demonilor; iar cel ars pe rug a fost preotul Garnier, pe care ea îl învinuia că i-a trimis pe demoni. Condiţia aparte a femeii cu crize convulsive hiperexpresive, deci a histericei, consta în faptul că era vorba de o posesiune involuntară, inocentă, ea resimţindu-şi trupul manevrat de spiritele malefice străine, în afara voinţei sale.

Dar medicina a continuat, chiar şi în această epocă postrenascentină, să se ocupe de histerie în termenii săi specifici.

În sec.XVII, Thomas Willis (1621-1675), considerat ca întemeietorul neurologiei, eticheteză histeria ca un fenomen convulsiv asemănător cu epilepsia, ce se manifestă la femei, implicând hiperexpresiv întregul corp prin: acuze de vertij, rotirea capului şi ochilor, mişcări ale membrelor, feţei şi întregului corp, însoţite uneori de râs. Willis combate ideea uterului migrator, pledând pentru implicarea creierului.În acelaşi secol Thomas Syndenham (1624-1689), considerat părintele medicinii bazate pe observaţii, comentează tulburările histerice ca

mimând diverse boli; dar cu manifestări hiperexpresive, „femeile râzând sau strigând fără motive reale, astfel încât adună lumea din jur”.

Chenar 25

**Cazul de posesiune demoniacă a maicii Ioana a Îngerilor**

Un caz deosebit de posesiune a fost cel al lui Jeane de Belciel, superioară a mănăstirii ursulinelor din Loudon – Franţa, supranumită “maica Ioana a Îngerilor”. Frumoasă la chip dar cocoşată, insuportabilă încă din copilărie(“aveam o asemenea consideraţie faţă de mine însămi încât credeam că cele mai multe erau mult sub mine” ) –, fiind protectoare a mănăstirii datorită averii ei, aude vorbindu-se de preotul Grandier care pleda împotriva celibatului preoţilor, şi de care erau îndrăgostite mai multe femei din Loudon. Deşi nu îl cunoaşte direct îi scrie în 1631 propunându-i locul de stareţ al mănăstirii, dar acesta refuză. Maica Ioana cade atunci într-o depresie nervoasă, şi curând începe să aibă halucinaţii în timpul nopţii, văzându-l pe Grandier aşezându-se la căpătâiul ei şi încercând să o mângâie. Ajunge să se simtă posedată de şapte demoni dintre care Leviathan o aţâţă la trufie, Balaam o făcea să aibă poftă să râdă mereu, Isacaron o împingea la neruşinare, ajutat la asta de Asmodeu. Posedările se manifestau prin multiple crize spasmodice şi diverse simptome somatice. Exorcizările, repetate mereu câţiva ani, nu au avut rezultat. Călugăriţele, cu toate posturile şi rugăciunile pe care le-au ţinut, s-au molipsit toate de la superioara lor, simţindu-se urmărite de Grandier şi chinuite de diavol. Deşi preotul a contraatacat, iar posedările au fost considerate mai mult iluzorii decât reale, în 1634 un comisar regal (purtător a unor ranchiune politice împotriva preotului) l-a confruntat cu călugăriţele care au recunoscut toate că el e acela ce li se arată în vise. În final, Grandier a fost condamnat la moarte şi executat în 1634, deşi nu mărturisise nimic, chiar sub tortură. La cinci luni de la moartea lui Grandier, maica Ioana a declarat că e însărcinată, prezentând simptome ale unei pseudosarcini hysterice; care a dispărut după un nou exorcism. Ea a fost eliberată în 1637 prin exorcism şi de ultimul demon ce o poseda, Behemont. Apoi a trăit şi a murit ca o sfântă în 1665; iar capul ei a fost pus de călugăriţe într-un relicvariu, ca să fie expus veneraţiei credincioşilor. Dar părintele Surin, cel care alungase din ea demonii, a fost apoi timp de 8 ani posedat sub formă de obsesii de unul din aceştia, Isacaron, care-l îndemna să se sinucidă.

Alexandrian, Istoria filosofiei oculte, Ed.Humanitas, Bucureşti, 1994.

El considera că frecvenţa histeriei este greu de stabilit „deoarece împrumută simptomele diferitelor părţi ale corpului, manifestându-se ca un cameleon ce preia culori numeroase şi variate.” Suntem deci nu atât în faţa unei boli bine definite, cât a unei modalităţi maladive de a prezenta hiperexpresiv echivalentul unor boli reale.

În sec.XVIII, odată cu amplificarea cunoştinţelor anatomice, medicina are în vedere corpul bolnav din perspectiva unei fizici a solidelor. Soluţia pentru tradiţia „uterului migrator” a constat în ideea „vaporilor” sau „nervilor” ce fac conexiunea între părţile anatomice. Nervii ce pleacă de la uter ar fi cei care susţin manifestările histerice din diverse părţi ale corpului, precum şi cele comportamentale, leşinul etc.

Între epoca Renaşterii şi sfârşitul sec.XIX când Charcot impunea histeria în clinica psihiatrică prin diferenţierea ei de patologia neurologică, medicina a comentat deseori, în marginea epilepsiei şi o serie de condiţii anormale în care vigilitatea era scăzută iar comportamentul se polariza între dromomanie şi nemişcare. Deja Cornelius Agrippa îi înregistra, în sec.XVI, pe lunateci, alături de vesanici şi melancolici; pentru ca tulburarea celor influenţaţi de lună şi a somnambulilor să fie apoi diagnosticată în continuare, veacuri la rând. Şi la fel, încă din 1609 Prater introduce în clasificarea bolilor mentale – alături de Imbecilitas şi Alienațio – şi patologia somnului nenatural, „Morbus consternațio”, ce includea: coma, letargia, stuporul, catalepsia. E vorba deci de stări în care subiectul nu e complet vigil şi nu are sub control propriul comportament. Histeria, care continuă să însoţească destinul epilepsiei, se afla şi ea mereu aproape de aceste manifestări şi de comentariile interpretative ce le însoţeau. Şi împreună au evoluat până în sec.XIX, traversând perioada magnetismului animal şi a sugestiei hipnotice.

În sec.XVIII, doctorul austriac Messner a devenit celebru prin intervenţiile sale cu „pase magnetice”. Acţionând asupra pacienţilor prin efectuarea unor mişcări (pase) în condiţiile unei recuzite electro magnetice, Messner reuşea să

inducă şi să reducă o serie de simptome corporale funcţionale. Progresiv s-a evidenţiat rolul esenţial în acest proces a personalităţii terapeutului şi a atmosferei relaţionale dintre medic şi pacient ce se instituie cu această ocazie. Aspectul relaţional a devenit pregnant după ce mesmerismul s-a stins şi s-a impus tehnica – şi moda – sugestiei hipnotice. Faptul a ridicat problema dedublării voinţei persoanei. În cazul sugestiei post hipnotice, subiectul ajunge să acţioneze ca şi cum voinţa sa este substituită de una străină, care-l manipulează. Se ridicau astfel probleme medico legale. În epocă, dezbaterile au fost aprinse, deoarece era perioada în care se impunea doctrina inconştientului. În plus, ajunsese la ordinea zilei şi tema dublei personalităţi.

În acest context, spre sfârşitul sec.XIX, Charcot a impus problematica histeriei înţeleasă într-un sens lărgit, în prim planul dezbaterilor medico psihiatrice la Clinica Salpètriere din Paris.

Jean Martin Charcot (1825 – 1893), după ce lucrase într-o clinică de medicină generală şi se preocupase de anatomia patologică, este numit şef de serviciu la Salpètriere, o veche instituţie medicală din Paris ce avea şi un pavilion pentru femei histerice; care, erau amestecate cu paciente ce aveau tulburări neurologice. Charcot era interesat de neurologie, specialitate pe cale de constituire, având contribuţii remarcabile în acest domeniu. Studiind histericele prin comparaţie cu cazurile neurologice şi dezvoltând lecţii publice demonstrative, Charcot a reuşit să diferenţieze clar cele două patologii.

În simptomatologia histeriei pe care a avut-o în vedere Charcot se includeau forme funcţionale de anestezie, pareze, paralizii, astazo abazie, mişcări involuntare, afonie, disartrie, tulburări de vedere, de auz, miros, gust. În centrul patologiei erau însă crizele sau atacurile psihomotorii care au fost comentate în mai multe variante, inclusiv cea de histero epilepsie. Marea criză de histerie descrisă de Charcot comporta cinci faze succesive: 1. Faza prodromală, ce include dureri ovariene, palpitaţii, globus şi tulburări vizuale, ajungând la pierderea cunoştinţei; 2.

Contracţiile tonice urmate de cele clonice, însoţite de grimase; 3.Contorsiile (clownismul) implică mişcări şi strigăte (către fiinţele imaginare); 4. Faza de transă sau posesiune, în care pacienta mima scene violente, erotice sau demoniace, într-o stare ca de vis; 5. Faza terminală, verbală, însoţită de halucinaţii şi revenirea la starea conştientă.

Charcot, a reuşit să cultive, să întreţină, în clinica sa, prin sugestie şi chiar hipnoză, o serie de manifestări histerice hiperexpresive. Hipnoza era în acea perioadă la modă; şi profesorul de la Salpètriere, a folosit-o intens pentru a induce şi reduce simptome la histericile din pavilionul său. Ceea ce nu era posibil la pacientele ce aveau în spatele simptomatologiei o bază organică. Charcot considera că histericii prezintă o sugestionabilitate şi o hipnotizabilitate crescută. El a fost interesat şi de grupajul patologiei care implica o reducere a vigilităţii, aşa cum sunt stările de letargie, catalepsie, stupor, transă extatică, somnambulism, dromomanie hipnoidă, amnezie electivă. O bună parte din acestea au fost studiate şi în corelaţie cu patologia epileptică, de care histeria era apropiată din antichitate. În marginea acestor manifestări, sec.XIX aduce în dezbatere şi condiţia dublei personalităţi pe care şcoala lui Charcot o va integra în orbita sa de interes.

Chenar 26

**Simptomatologia inclusă în conceptul classic de histerie (Charcot)**

Sindroame pseudoneurologice
-Pareze, paralizii, astazo-abazie
-Anestezii, deficite senzoriale (auz, vedere, miros, gust)
-Mişcări involuntare

Tulburări neurovegetative, sindrom somatic
- palpitaţii, dispnee (sufocare)
- digestive, pseudosarcină, cutanate, urinare, sexuale
- algii, cenestopatii (sd.Briquet)

Crize de suspendare a conştiinţei
-Marea criză hs (în 5 etape)
-Mica criză hs
-Crize hystero epileptic

Tulburări ale vigilităţii conştiente
- transă cu posibil stupor, letargie, sentiment de posesiune), sd. Ganser (pseudodemenţă)

Tulburări de memorie şi comportament
-Amnezie, dromomanie, transă,
dublă personalitate

Concepţia lui Charcot privitoare la patologia histerică pune accentul pe o disfuncţie cerebrală, rejectând complet vechea idee a migraţiei uterului. La baza histeriei ar sta o „leziune cerebrală dinamică". Dar, ar interveni şi o predispoziţie genetică bazală, prin „stigmate"; precum şi o susceptibilitate crescută la hipnoză. Treptat, Charcot a devenit convins şi de importanţa critică a unor factori psihologici în histerie. Deşi nu a fost interesat de biografia pacienţilor săi şi nu a cultivat o viziune mai largă a influenţelor psihosociale; el considera că un rol ar putea să-l joace, „reprezentarea" pe care o poate avea o persoană cu un imaginar bogat, în raport cu o veche traumă. În această atitudine, se prefigurează viitoarea doctrina a lui Breuer şi Freud privitoare la terapia prin catharsis.

Momentul Charcot a impus tema histeriei în medicina psihiatrică, împreună cu, dar şi alături de neurologie. Cazuistica ce a intrat astfel în dezbatere nu a mai putut fi neglijată de medicii diverselor specialităţi. Chiar psihiatrii alienişti, pentru care histeria nu se manifesta decât prin scurte episoade psihotice, au fost atenţi în continuare la condiţia specială a stărilor de stupor şi catatonie.

Dar, după moartea lui Charcot interesul pentru histerie s-a prăbuşit chiar la Sàlpetriere. Babinski, unul din elevii preferaţi ai maestrului, a scos în relief în continuare variate semne obiective prin care suferinţele neurologice pot fi distinse de cele funcţionale. El ajunge la concluzia că cea mai mare parte din clasicele manifestări histerice se datorau sugestiei. De aceea propune înlocuirea termenului cu cel de „pitiatism"(de la phiteo – persuasiune şi iatros – tratament). Privitor la simptomele corporale neurovegetative aşa cum ar fi dermografismul modificat, Babinski sugerează o corelaţie cu manifestarea anormală a emoţiilor. El a studiat în cursul Primului Război Mondial nevrozele de război – care în mare erau considerate histerice, şi a diferenţiat între simulare şi realele modificări neurovegetative emotive pe care le-a denumit „physiopatice". Se deschide astfel calea pentru o corelare a histeriei, cel puţin a unei părţi din moştenirea acesteia, cu reacţiile emotive induse de stresul traumatic.

Un bilanţ al demersului lui Babinski s-a făcut în 1907 la Conferinţa alieniştilor şi neurologilor de limbă franceză ce s-a ţinut la Geneva cu tema: "Definiţia şi natura histeriei". Babinski şi-a expus doctrina care devenise victorioasă, a sugestiei şi autosugestiei care întreţine această tulburare. Dar dacă "marea histerie" a lui Charcot părea să se estompeze, alte perspective intrau în joc. Astfel Sollier a avansat ideea prezenţei în histerie a unui somn parţial, limitat la anumite regiuni ale creierului. Iar Claparède aducea în discuţie perspectiva etologiei, sugerând o paralelă filogenetică între histerie şi răspunsul prin sumisiune faţă de agresorul predator în lumea animală. Pe atunci însă astfel de analogii cu comportamentul animalelor apăreau ca simple curiozităţi, în lipsa unei preocupări sistematice faţă de psihologia evoluţionistă.

Începând cu mijlocul sec.XIX se manifestă în socio-cultura occidentală două fenomene aparte, ce s-au intersectat cu problematica histeriei: tema personalităţilor multiple şi cea a spiritismului. Acestea se corelau cu problematica trăirilor hipnoide şi a stărilor psihice de transă care în Europa fusese abordată – după declinul posesiunii demoniace odată cu iluminismul – de către magnetismul animal, messmerism, sugestie şi mai ales sugestia hipnotică. Dar, mai interveneau şi alţi factori.

În forma tipică şi completă, dubla personalitate se manifesta prin faptul că o persoană, de la un moment dat, dispărea din locul său stabilit în societate; şi apărea în alt loc, unde se comporta cu o nouă identitate socială: ca nume, profesie, relaţii sociale, temperament şi stil de viaţă; uneori întemeindu-şi şi o nouă familie. El nu-şi amintea de vechea sa identitate până la un moment dat, când memoria îi revenea, spre uimirea sa şi a celor din jur.

Dubla personalitate s-a manifestat în variate forme, corelându-se pe de o parte cu automatismul ambulator, pe de alta cu personalităţile multiple. S-au descris cazuri de dublă personalitate concomitentă, subiectul navetând între cele două poziţii sociale şi identităţi, cu o destul de bună cunoaştere a fiecăreia. Situaţie

ce se apropie de condiţia normală a spionlui şi excrocului; sau, de cea a criminalilor în serie, care duc concomitent o viaţă socială onorabilă. În alte cazuri dubla personalitate se manifesta în acelaşi cadru socio-cultural, alternativ, sub privirile neliniştite ale familiei şi cunoştinţelor. Cele două personalităţi aveau deseori temperamente opuse, stil de relaţionare, preocupări şi interese diferite, neamintindu-şi totdeauna una de alta. De obicei o variantă era decentă, retrasă, timidă, serioasă; iar cealaltă era dezinhibată, hipersociabilă, expansivă, curajoasă, indecentă chiar – fapt care sugerează oscilaţii ciclotime. S-au descris apoi personalităţi cu identităţi multiple, unele dintre acestea fiind conştiente şi amintindu-şi de altele, dar alte identităţi se arătau opace faţă de celelalte. Janet a evidenţiat identităţi ale personalităţii prezente în inconştient, ce se relevau doar sub hipnoză, şi puteau fi identificate doar dacă primeau un nume special. Dedublarea personalităţii a fost corelată cu stările de transă dromomanică, în care subiectul se deplasează prin locuri străine, cu mişcări destul de bine coordonate şi comportament în mare măsură adecvat, dar cu o anumită detaşare faţă de ambianţă. Astfel de stări de automatism ambulator puteau dura ore, zile, săptămâni sau luni, ele fiind puse şi în sarcina epilepsiei temporale.

Către sfârşitul sec.XIX şi începutul sec.XX majoritatea psihologilor importanţi ai vremii s-au preocupat şi de această dedublare a personalităţii; sau, altfel zis, de personalităţile multiple. Pentru investigarea lor s-a folosit mult hipnoza. Iar doctrina de bază era cea a inconştientului. Apoi, voga identităţilor multiple s-a estompat. Ea s-a reactivat pentru o scurtă perioadă în SUA în a doua jumătate a sec.XX, prin câteva cazuri ce au fost intens mediatizate, inclusiv prin romane şi filme. În DSM-5 fenomenul e inclus în categoria tulburărilor disociative de identitate.

Apariţia în sec.XIX a interesului pentru identităţile multiple ale persoanei poate fi comentată din mai multe perspective socio culturale. În primul rând, în acest veac se impune în cultura occidentală conceptul de „persoană”, ce a

funcţionat în antichitate în sens de mască teatrală re-prezentativă şi de concept juridic. El a fost apoi absorbit de dogmatica creştină (în sensul comentării celor trei persoane ale Dumnezeului triontic) pentru a recoborâ spre om la sfârşitul Epocii Luminilor prin etica lui Kant, care acordă „persoanei conştiente a fiinţei finite a omului” capacitatea de judecată morală; ceea ce însemna decizie liberă şi asumarea responsabilităţii. Conştiinţa civică a cetăţeanului european de după Revoluţia Franceză, era dimensionată astfel prin demnitatea sa de persoană, dotată cu diverse statute, roluri şi responsabilităţi sociale; dar, rămânând în contact şi cu transcendenţa. Deşi conceptul de persoană are acum în vedere sinteza existenţei subiectului, punctul său de plecare rămâne, ca în antichitate, re-prezentarea sa în plan socio-juridic, identitatea sa socială. Identitatea biografică, cea a memoriei resimţită subiectiv ca centru al sinelui conştient, se subsumează identităţii sociale.

Se poate adăuga apoi ideea romantică a dedublării persoanei între un eu bun şi unul rău, care se luptă şi uneori alternează în aceeaşi persoană. Tema a fost amplu dezvoltată în literatura sec.XIX.

Alt aspect aparte a sec.XIX occidental au fost rapidele transformări într-o societate ce se industrializa, în care se circula tot mai mult şi uşor dintr-o parte în alta a lumii, cu accentuarea vagabondajului. Disoluţia societăţii patriarhale, a lumii stabile bine structurată ierarhic, crează în societatea occidentală – pentru care SUA era o avangardă – tentaţia experimentării şi explorării neţărmurite. În acest context cultural, cadrele stabilităţii unei identităţi a personalităţii sociale se fragilizează inevitabil. Poate că omul din perioada „La bèlle époqué” nu era mai sugestionabil decât cel din Renaştere. Dar lui îi lipsesc acum cadrele fixe şi ordonatoare ale tradiţiei.

Spre sfârşitul sec.XIX se dezvoltă şi ştiinţa sociologiei, iar apoi a psihosociologiei. James, psihologul american care a studiat şi el dubla personalitate prin hipnoză, a comentat într-un text ce a devenit celebru şi multiplicitatea firească a modurilor de manifestare a persoanei, în raport cu diverşi oameni în variate

condiţii, prefigurând astfel sociologia statutelor şi rolurilor sociale a lui Pearson. El scria:

> „Omul are atâtea sine-uri (self-uri) sociale câţi indivizi cunoaşte şi a căror imagine o poartă în minte, De fapt el are atâtea self-uri diferite câte clase de persoane îi stârnesc atitudini distincte. El arată câte un aspect distinct al sinelui său către fiecare din aceste grupuri. Mulţi tineri care sunt supuşi faţă de părinţii lor se comportă ca nişte piraţi faţă de tinerii lor prieteni. Nu te manifeşti la fel faţă de copiii tăi ca faţă de colegii de club, faţă de angajaţi sau prieteni, iar între diversele sine-uri ale omului poate fi discordanţă sau armonie”.

Interesant e faptul că în această epocă în care a fost în vogă fenomenul dublei personalităţi, a apărut şi a ajuns la apogeu moda spiritismului, iniţial în SUA, răspândindu-se apoi amplu în Europa. Totul a început prin comunicarea cu spiritele celor decedaţi, în spaţiul în care aceştia au locuit şi decedat, după modelul arhaic al stafiilor care bântuie fostele lor locuinţe. Comunicarea se realizează de către persoane sensibile, “medium-uri”, care de la un moment dat au ajuns să scrie cele transmise, prin “dicteu automat”. În diverse locuri spiritele celor decedaţi se relevau oamenilor şi comunicau cu ei. După 1860 s-a pretins că unele “apariţi” ale spiritelor au putut fi fotografiate. Apoi, medium-urile au ajuns să ia contact cu tot mai multe spirite ale celor decedaţi, care – se zicea - locuiau într-o zonă specială până la o nouă reîncarnare. In această categorie intrau şi personalităţile istorice, ca Napoleon, Alexandru cel Mare etc. În viziunile sale Swendenborg comunica cu spiritele fiinţelor decedate de pe diverse planete ce ne înconjoară. În aceeaşi vreme s-a conturat o mişcare teosofică care aducea în discuţie un “corp astral” al fiecărui om şi ale cărei idei au continuat în sec.XX, inclusiv prin opera lui Rudolf Steiner.

Voga spiritismului a diminuat ulterior. Rămâne interesantă această apariţie în public a spiritelor cvasiîncorporate ale celor decedaţi în plină epocă a ştiinţelor experimentale. De fapt, credinţa în spirite se pierde în negura timpurilor.Iar variantele în care au fost configurate şi invocate aceste entităţi necorporale – sau

având un „corp subtil” - au fost extrem de variate, spiritele morţilor fiind doar una din multiplele ipostaze. Desigur, lucrurile se prezentau acum altfel decât era cultul strămoşilor în societăţile tradiţionale; şi altfel decât prezenţa nemijlocită a părinţilor în structura inconştientă a propriului psihism, pe care o va dezvolta ulterior psihanaliza, odată cu complexul Oedip. Dar interesul societăţii pentru invocarea spiritelor în plină perioadă de afirmare a dublei personalităţi ce era integrată în marele concept al histeriei, sugerează încă o dată derivarea acestui domeniu de patologie din dezagregarea structurii culturale a şamanismului.

Histeria a intrat şi a rămas în psihiatria secolului XX sub umbrela conceptului de nevroză; aşa cum era şi în sec.XVIII-lea. Simptomatologia cu care a traversat acest secol a fost centrată pe crizele funcţionale de leşin şi stările de conversie corporală, predominent cele pseudoneurologice. Episoadele crepusculare şi amnestice se manifestau mai rar, iar stuporul şi dubla personalitate excepţională. Problema ce se cere comentată e că, conceptul de nevroză şi-a schimbat în sec.XX înţelesul mai ales sub influenţa psihanalizei. Ea a devenit – aşa cum susţinea elveţianul Dubois – un fel de „psihonevroză”. Aceasta nu mai depindea ca şi în nevroza lui Cullen de „nervi”, de sistemul nervos; ci de edificiul psihismului personal. Nu se greşeşte dacă se consideră că interpretarea histeriei a fost elementul clinic de bază în structurarea şi afirmarea psihanalizei lui Freud. Psihanaliza postula existenţa unui conflict intrapsihic inconştient, care crează un fel de „complex” sau „corp străin intrapsihic”, ce dirijează din umbră opţiunile şi comportamentul subiectului în direcţii anormale, dezadaptative. Sistemul psihic la care se referea Freud se formează în ontogeneză, predominent în primii ani; şi implică introjectarea imagourilor parentale, cu care subiectul rămâne constant în relaţie. Dacă pe vremea romanilor spiritele strămoşilor erau concretizate în măşti depozitate într-o anumită parte a casei, acum imagourile părinţilor se localizează în

inconştientul subiectului pe parcursul dezvoltării ontogenetice, manevrând şi uneori deranjând din umbră atitudinile, opţiunile şi funcţionarea sa.

Nevroza ar avea în vedere acele cazuri în care relaţiile cu personajele intrapsihice ale părinţilor, reprezentanţi ai normativităţii sociale, rămân tensionate; în care, de ex, complexul Oedip nu e soluţionat. Iar subiectul nu e conştient şi lucid, reflexiv, de personalitatea sa secundă, de complexul său inconştient. Cura psihanalitică ar avea în vedere rezolvarea acestor complexe, integrarea lor într-o personalitate armonică matură, autonomă, deasupra dedublărilor.

Psihanaliza a încercat să sondeze psihismul individual în profunzimile sale inconştiente „refulate”, în spatele biografiei publice şi a autobiografiei rememorate lucid şi reflexiv. Dar problema dedublării psihismului printr-un „corp străin intrapsihic” poate rezulta şi din biografia explicită. O psihotraumă importantă poate zace în memorie, nemetabolizată, chiar preconştient sau conştient. Iar, din această poziţie, ea poate deranja viaţă curentă a omului, prin rememorări şi conduite involuntare, aşa cum sugera Janet. Acest rol al traumelor psihice s-a profilat deja în cursul Primului Război Mondial şi s-a impus cu evidenţă după al doilea. Astfel s-a născut treptat ideea „reacţiei de stress postraumatic” care poate avea mai multe variante. Oricum, în varianta standard scena psihotraumatizantă iniţială revine în conştiinţa într-o modalitate cvasi obsesivă şi precoenştientă inducând anxietate. Având în vedere aceste evidenţe, ultimele decenii au adus în dezbatere faptul că însăşi copilăria multor oameni poate fi marcată de importante psihotraume, mai ales de abuzuri intrafamiliale: fizice, sexuale, psihice. Acestea nu necesită, cel puţin nu toate, să fie refulate în inconştient, pentru a deranja conduita adultului; sau pentru a-l face mai sensibil la unele evenimente actuale. În plus, abuzurile intrafamiliale din copilărie nu au de ce să nege problematica identificărilor şi introjectării imagourilor parentale pe care a descris-o psihanaliza clasică. Ele se pot completa. Şi încă, se pot adăuga o serie de alte psihotraume şi probleme ce se încrustează în structura psihică şi în memoria persoanei, la diverse

vârste ale biografiei. Astfel, problema (psiho)-traumei şi a „eului secund" a devenit mult mai nuanţată în psihopatologia recentă. Iar un fundal psihic sensibil, vulnerabilizat biografic, deschide calea pentru variate reacţii psihice, psihotraumatice actuale. Precum şi pentru conversii somatice, care practic se înscriu în tradiţia patologiei histerice. Dar şi pentru aşa zisa patologie psihosomatică. Pe de altă parte, astfel pot fi condiţionate şi alte manifestări ce sunt comentate în prezent sub eticheta tulburărilor disociative. Perspectiva în care evenimentele trăite şi nemetabolizate de-a lungul vieţii se suprapun şi se conjugă cu structurarea iniţială a sinelui în primii ani de viaţă, dau în prezent o imagine mai nuanţată a identităţii biografico-caracteriale a persoanei decât era aceasta înţeleasă pe vremea lui Charcot şi chiar a lui Freud. Această identitate biografic caracterială e flancată şi întreţesută cu identitatea corporală şi cu cea socială, asigurând structura de fond a inconştientului şi preconştientului personal, aflat în spatele manifestărilor actuale, mai mult sau mai puţin autonome ale agenţiei sinelui.

Preocuparea faţă de histerie a medicinei europene de după Renaştere – între Sydenham, Charcot şi Freud – a scos în relief faptul că în această tulburare aspectul important îl constituie nu atât simptomatologia pozitivă, ci modul în care ea se manifestă. Adică stilul hiperexpresiv şi captativ, metalimbajul care solicită sprijin afectiv, apelul la protecţie, susţinere, îngrijire din partea anturajului. O astfel de atitudine e însă şi o condiţie generică a stării de om bolnav, slab, neputincios, a cărei rădăcină psihologia evoluţionistă o descoperă, în comportamentul animalelor. Această problemă a început să fie studiată sistematic la începutul sec.XXI, odată cu psihopatologia evoluţionistă ce capătă treptat tot mai mult şi o dimensiune culturală. E vorba de fenomenul bine studiat în etologie de „mimare a morţii" (totstelreflex" în formulare germană). Când se află în pericol vital, animalul intră în nemişcare, ca şi cum ar fi mort. Cele mai multe specii nu mănâncă victime pe care nu le-au vânat direct; aşa că un predator lasă în pace un

astfel de individ. Pe această temă în folclor s-au dezvoltat o serie de istorioare cu vulpea ce”face pe moarta” pentru a păcăli. La începutul sec.XX psihiatrul german Kretschmer a interpretat leşinul histeric ca un echivalent la al simulării morţii din biologie. Manifestările corporale care mimează moartea sau iminenţa ei, aşa cum e leşinul, contracturile, comportamentul de sufocare, se instituie ca un apel urgent spre ajutor din partea altora.

Chenar 27

**Condiţii tradiţional puse în corelaţie cu simptomatologia histeriei şi a tulburărilor derivate**

A.Imitarea (sugestia, autosugestia) unei simptomatologii patologie care e percepută în ambianţă de o impresionează:

Inconştient, preconştient;
Deliberat, simulare, minciună;
Contagiune colectivă (epidemie psihică)

B. Exacerbarea (ca intensitate şi durată) a unei simptomatologii reale
Rentă afectivă secundară – pentru a obţine protecţie, afecţiune, tratament prefernţial, rentă financiară; alte avantaje psihosociale

C.Sugestia directă din partea altei persoane dominatoare
În stare de veghe, sub hipnoză, posthipnotic, prin ordine explicite, aluziv

Simptomatologia din aria tradiţionalei histerii şi a tulburărilor corelate
D. Consecinţa unei rmoţii puternice, psihotraume majore (colective)
Reacţii directă la stress; reacţia de stress postraumatic

E. Biografie încărcată de psihotraume semnificative ce se cumulează ca un „corp străin intrapsihic”
„Ideea fixă preconştientă” în sensul lui Janet
„Subiectul plânge” cu organele corpului

F. Mecanismele psihanalizei freudiene
Histeria de conversie
Scenarii relaţionale incoștiente
ce duc la conflict intrapshic
în spatele biografiei narative

Pe de altă parte, în biologie se manifestă, intraspecific, în caz de confruntare, comportamente care exprimă o „declaraţie de înfrângere” prin sumisiune. Expresivitate comportamentală care inhibă agresivitatea agresorului, ce e astfel declarat învingător. La începutul sec.XX Claparède a invocat şi aceste manifestări în filogenia histeriei. La om se manifestă de asemenea, cvasiinstinctiv, comportamente nu doar neagresive, ci chiar de grijă şi protecţie, pentru indivizi aflaţi în condiţii pasive, de neajutorare şi suferinţă. Comportamentele biologice ale „mimării morţii” şi „declaraţiei de înfrângere” au fost invocate de evoluţionişti şi în filogenia inhibiţiei deprsive. Ele pot fi puse şi la baza sindromului stuporos cataton. Chiar dacă o concluzie precisă e greu de tras, această trimitere merită reţinută.

Puii şi copiii, prin însăşi dimensiunile şi forma lor corporală, stimulează în primul rând comportamente de joacă; şi în general, atitudini şi relaţionări neagresive. Într- o comunitate de oameni ce cooperează, boala, rana, incapacitatea fizică, suferinţa, declanşează spontan comportamente de grijă şi sprijin. Ideologia milei şi dragostei pentru aproape, amplifică astfel de atitudini protective şi grijulii. Care, de altfel, sunt susţinute şi de o normativitate socială elaborată.

Starea de boală şi suferinţă este, la om, prin ea însăşi, expresivă pentru un apel de ajutor. Desigur durerea şi alte trăiri subiective nu sunt uşor de evaluat de către alţii. Ele pot fi apoi răbdate, capacitatea de a le suporta fiind diferit repartizată între oameni. Emoţia durerii şi suferinţei poate fi exprimată uneori mai pronunţat, cu intenţia deliberată de a-i impresiona pe alţii.

Aceasta este schema generală în care s-au plasat de la început tulburările de tip maladiv puse în joc de histerie. Ele fac parte dintr-un grup de manifestări care mimează o boală reală şi cunoscută, mai ales tb. neurologice, deficite senzoriale şi iminenţa morţii. Simptomatologia histeriei de conversiune somatică s-a manifestat pe fondul unei atitudini pasive, de supunere, de predare şi solicitare de ajutor.

Intră în joc acum şi cea de a doua problemă, pe care moştenirea histeriei clasice ne-o aduce în discuţie, cea a stărilor disociative ambulatorii şi a dublei personalităţi. Pentru acestea o soluţie destul de evidentă pare a rezulta din includerea în actualele stări disociative a stărilor de transă, mai ales a celor de „transă de posesiune” în care subiectul resimte că identitatea şi agenţia sa e preluată de o fiinţă supranaturală, de un spirit, zeu etc. Această situaţie se întâlneşte tipic în religiile de mistere – aşa cum era şi cultul lui Dionisos pe vremea Greciei antice – în care ritualul incantaţiei duce tocmai la inducerea unei astfel de stări de transă. Manifestarea nu apare în isteria medicinei greco romane pentru că pe atunci o astfel de cazuistică doar se forma, odată cu intrarea în transă a celor ce intrau în procesiunea Marilor Dyonisiaci. În perioada Renaşterii în schimb, nu mai sunt funcţionale religiile de mistere. Iar tb. ambulatorii de tip somnambulism, deşi sunt corelate cu spiritele planetelor, nu intră încă în prim plan, dată fiind că posesiunea demoniacă avea o forţă mai spectaculară prin crizele convulsive. Dar în sec.XIX, după mesmerim şi hipnoză, când tema posesiunii devenise ea însăşi istorie, problema dublei personalităţi se instituie. În paralel cu preocupările oamenilor pentru spiritism. Iar de fapt, în tot acest timp şi în prezent, în multiple locuri din lume persistă credinţa în zei şi spirite, în posibilitatea ca acestea să posede oamenii. Astfel încât globalizarea ne obligă să nu ignorăm nici în zilele noastre stările de transă cu posesiune.

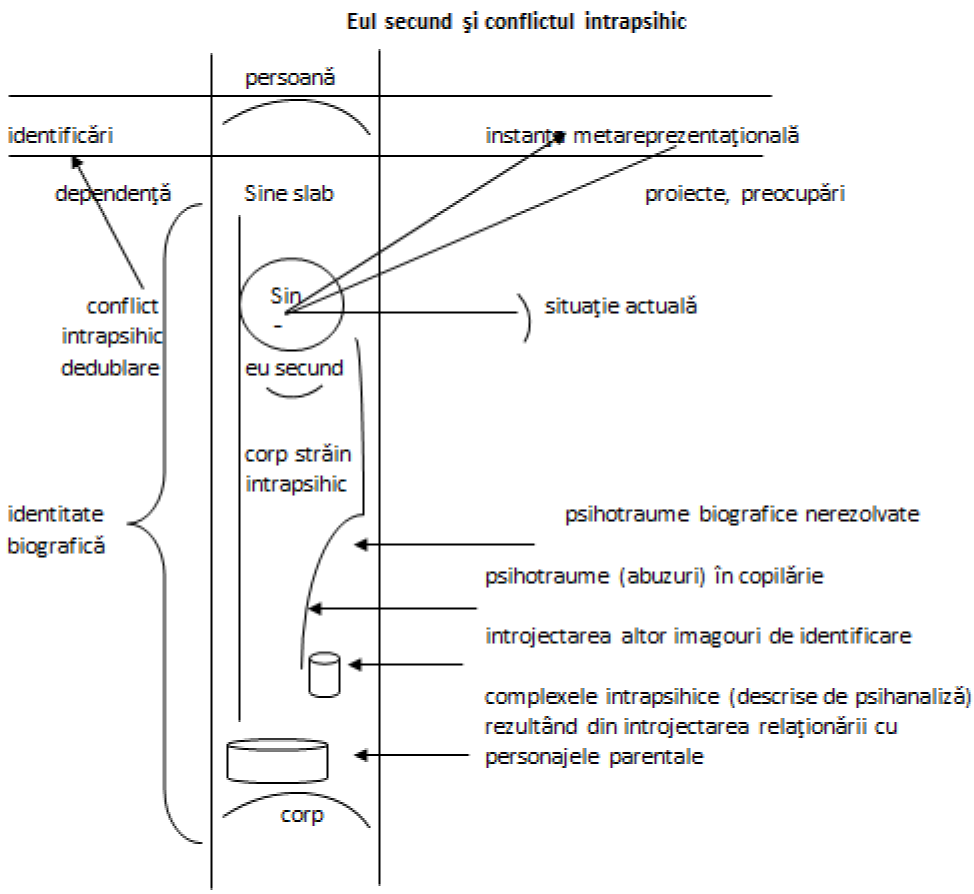
Lăsând la o parte diversele interpretări posibile din perspectiva evoluţionistă şi a istoriei culturale, patologia disociativă, considerată din perspectiva tradiţiei medicale a histeriei, ne relevă o faţetă a psihismului uman, în care el se manifestă pasiv, captativ pentru a primi sprijinul unei alterităţi puternice, spirit sau om. De aceea, psihopatologia disociativă implică diverse grade de reducere a vigilitătii. Pe când, la alt pol, patologia obsesiv compulsivă se desfăşoară în contextul unei vigilităţi crescute şi a unei hiperreflexii chinuitoare, în care dedublarea subiectului nu constă în predarea sa unui alter ego, ci în confruntarea disperată cu sine.

### 4.4. Personalitatea histrionică şi delirul disociativ

Dincolo de nevroză şi de reacţiile anormale, un alt pol psihopatologic este cel al personalităţilor anormale, ce au o structură caracterială aparte, care necesită de asemenea un comentariu din perspectiva histeriei. K.Schneider, primul psihiatru care abordează sistematic problema, a comentat în direcţia tradiţiei histerice un tip de persoană anormală ce mereu vrea să se valorizeze („geltungssuchige"). Ulterior, când nosologia psihiatrică a constituit un capitol al tulburărilor de personalitate (TP) cu semnificaţie clinică, multe din tipurile acestora au trimis explicit spre diagnostice psihiatrice pregnante, precum : TP schizoidă, TP paranoidă, TP obsesiv compulsivă etc. În direcţia tradiţionalei histerii, s-a profilat un tip ce a fost denumit „histrionic", după denumirea actorului antic de comedie. T.P. histrionică era şi este caracterizată în primul rând prin manifestări spectaculare şi captative, ce atrag mereu atenţia asupra sa; dar şi printr-o sugestionabilitate crescută şi un imaginar bogat, fapt ce întreţine imitarea sau „cameleonismul" histeric, sesizat constant de-a lungul anilor.

În sistemul DSM III-IV, care a acordat o atenţie crescută clasei tulburărilor de personalitate plasându-le pe un ax special al diagnosticului, TP hystrionică e plasată în clusterul special (B), alături de TP antisocială, narcisistă şi „marginală" („borderline"), considerându-se că toate se manifestă instabil dramatic emoţional şi flamboyant. O astfel de plasare sugerează că, în cazuri concrete, trăsăturile lor se pot combina. Astfel, teatralismul captativ, sumisiv şi imitativ al celor cu TP hystrionică se adresează oricui, impersonal, inclusiv străinilor. De aceea s-a afirmat uneori că histrionicul nu are o personalitate proprie deoarece împrumută mereu felul de a fi a celor cu care se află în contact. Şi de asemenea, el e sărac în „intimanţă", nefiind capabil să se ataşeze şi să rezoneze profund cu altul, în afara spectacolului.

Chenar 28




Spre deosebire de această formulă modelul TP borderline se referă la relaţii intime cu o altă persoană. Dar teatralismul poate fi şi aici prezent. De exemplu în tentativele de suicid; sau în felul în care-şi cere iertare celuilalt după ce l-a insultat. Specific pentru TP narcisistă se consideră a fi o nejustificată părere bună despre sine, cu pretenţia faţă de ceilalţi ca să-l trateze într-un mod deosebit. O părere bună despre sine poate avea şi histrionicul ce se dă în spectacol cu intenţia de a fi admirat şi lăudat. La acest nivel al comentariului care are în vedere intersecţia între variate tipuri de TP se cere reţinut că, clasificările actuale nu invocă explicit sugestia pe care o furnizează complexul Bakan privitor la distribuţia relaţionărilor pe axa dominaţie sumisiune. În cazul personalităţii Borderline oscilaţii între aceşti

poli sunt evidente şi definitorii. Ele se pot aplica însă şi TP narcisiste şi histrionice; şi mai ales combinaţii dintre aceste două tipuri. În sfârşit trăsături histrionice pot prezenta şi multe persoane ce îndeplinesc criterii pentru TP antisocială, care de obicei gravitează spre polul dominator. Aşa ar fi de exemplu  capacitatea de a juca anumite roluri şi scenarii pentru manipularea altora în interes egoist. Încă Schneider menţiona ca şi comportament dissocial a tipului său Geltunsuchtige, faptul de a explica pe alţii în interes egoist. Deja Schneider menţiona ca şi comportament dissocial caracteristic pentru tipul Geltunsuchtige, înşelarea, escrocheria. Psihopatul histrionic dominator şi asertiv, cu o bogată imaginaţie, un limbaj fluent şi seducător, îi farmecă pe cei naivi, construieşte roluri şi situaţii prin care îi „duce de nas”, îi păcăleşte şi îi exploatează. În acest sens psihopatul lui Cleckley poate avea şi trăsături histrionice de actor manipulator, cu tupeu.

Dintre caracteristicile persoanei histrionice, dincolo de teatralismul captativ, o atenţie specială s-ar cere acordată sugestionabilităţii şi imaginarului crescut. Sugestionabilitatea şi o receptivitate crescută pentru hipnotizare a fost susţinute şi de şcoala lui Charcot, în consonanţă cu tradiţia. Ea subliniază că patologia hysteriei se dezvoltă în contextul unei tendinţe la pasivitate şi sumisiune. Problematica sugestiei hipnotice era însă pe atunci o noutate  şi o vogă, pe urmele magnetismului animal şi a messmerismului; dezvoltate şi ele în urma existincţiei posesiunii demoniace. Într-un fel Charcot susţinea pe bună dreptate – şi cu exemple concrete – faptul că sugestionabilitatea şi autosugestionabilitate participă la apariţia şi persistenţa manifestărilor histerice. Se putea invoca apoi cu uşurintă imitaţia: hystericele din pavilionul său aveau ca modele multiplele paralizii, anestezii, mişcări involuntare, impotenţe funcţionale, crize, stări de stupor, amnezii etc. prezente la paciente din acelaşi pavilion pentru care existau serioase motive organic-cerebrale pentru a le manifesta. Autoreprezentarea imaginativă pregnantă a propriului corp şi a corporalităţii celor percepuţi sau reprezentaţi, favoriza desigur

această patologie funcţională. În pavilionul lui Charcot se practica apoi sugestia hipnotică, indusă de însăşi celebrul şi autoritarul profesor, în ambianţa teatrală a unei audienţe formată din specialişti ce aşteptau tocmai acest spectacol. Şi tot prin sugestie hipnotică a profesorului se aştepta ca simptomele să dispară. Şi ele dispăreau. Aceste evidenţe au susţinut, desigur, interpretarea lui Babinsky, care după moartea lui Charcot a redus problematica histeriei la sugestie, numind-o pitiatism. Cu toată evidenţa pusă în discuţie, inclusiv distincţia faţă de modificările neurofiziologice emotive, simplificarea interpretării prin pitiatism era prea mare, pentru o patologie ce avea o aşa de amplă tradiţie. Omul este mai mult decât o fiinţă sugestionabilă; iar identificarea histeriei încă pe vremea medicinei antice, pretinde supoziţia implicării unei dimensiuni antropologice semnificative aşa cum a fost practica terapeutică şamanică. Totuşi, trăsătura de pasivitate şi dependenţă relaţională merită reţinută.

Imaginarul bogat poate fi şi el suportul identificării de durată a subiectului cu un altul; ceea ce crează premizele nu doar pentru imitarea unei condiţii de moment, ci şi pentru transpunerea în situaţia identitară a altuia; condiţie reală sau imaginată. Dubla personalitate şi-ar găsi astfel un suport. În plus subiectul se poate autoreprezenta pe sine în diverse scenarii în care e de ex. blamat, dispreţuit, compătimit, admirat etc., întreţinând astfel un sentiment de milă de sine („selfpity”).

Un imaginar bogat susţine însă şi o capacitate narativă crescută. Histericul poate povesti atractiv, colorat, impresionant. El atrage atenţia celor din jurul său nu numai prin hiperexpresivitatea sa corporală situaţională, ci şi prin narativitate. Talentul său de povestitor nu e însă doar susţinut de imaginarul bogat, ci şi deformat de către acesta. Relatarea evenimentelor la care a participat e modificată, egocentric. Subiectul histrionic apare, în naraţiunile şi evocările sale, mereu în mijlocul evenimentelor ca erou al unor întâmplări excepţionale, dramatice, uneori

extraordinare şi neverosimile. E vorba de ceea ce psihopatologia a consemnat sub denumirea de confabulaţie şi mitomanie.

Chenar 29

**Psihoza disociativă**
**Cazuistică**

O femeie de 40 ani se internează (2006) cu o stare de mutism şi un tablou halucinator delirant. Este de mai mult timp tratată pentru episoade depresive, iniţial subclinice şi apoi cu depresie majoră, personalitatea fiind etichetată ca histrionic depdenentă. Cu ocazia internării comunică iniţial doar în scris, notând: "nevorbitul nu e din gât ci din cap, acolo e un piticuţ care nu-mi dă pace…nu mă lasă să vorbesc, parcă aş fi băgată într-o gelatină din care nu mai pot ieşi…totul în jurul meu e un vis…plutesc, picioarele nu-mi ating pământul….valuri de apă trec peste mine şi sunt albastre…oamenii sunt transparenţi…totul mi-e confuz….capul îmi este tulbure..nu mai ştiu să leg sunetele…să spun un cuvânt…". Peste câteva zile scrie: "piticul a plecat….dar a lăsat un gol în mintea mea, un go limens….cu ce o să se umple?...cu cuvinte, cred…în curând am să vorbesc şi domnul doctor se va bucura…numai că din gelatină încă nu am ieşit…"

În text se mai regăsesc idei senzitiv relaţionale şi de ostilitate din partea altora, La un an după remisiune (2007), după un eveniment de viaţă (decesul unei rude) reapare mutismul. Trăirile pacientei, scrise şi apoi communicate verbal, sunt mai bogate intervenind mai multe halucinaţii vizuale şi auditive. Piticul din cap reapare: "îl am în ceafă, în partea dreaptă şi-mi impune când să mănânc şi când nu, când să stau în pat şi când jos…". Afirmă că în baie, când face duş apare un om de gelatină cu pantaloni albaştri care iese din pereţi şi îi cere imperios să asiste…ea i-a dat voie cu condiţia să n-o atingă….totuşi el îi pune mâna pe umăr, pe burtă, o impinge afară, uneori vrea să o înnece. Ulterior, acest om din baie rămâne o tematică halucinatorie persistentă, îi vede umbra, ochii pe tavan.

Cu ocazia frecventelor reinternări ulterioare pacienta relatează variate halucinaţii vizuale: …"jumătăţi de oameni pe deasupra uşii..un şarpe mare ce-i aţine calea – sau iese dintr-o carte, i se încolăceşte în jurul picioarelor şi nu o lasă să meargă, îi intră în ochi…vede două mâini păroase, negre, cu unghii lungi, întinse spre ea să o prindă…vede o oglindă mare în care apare o pădure în stânga şi în dreapta o pată mare de sânge…vede oameni ce se plimbă prin camera ei.,.un bibelou sub formă de clovn se uită la ea şi-i spune că e urâtă…….descrie trăiri din seria depersonalizare/derealizare : obiectele se fac când mai mari când mai mici…ea se face mică şi ar putea intra sub aragaz..prezintă uneori şi stări dromomane disociative urmate de amnezie. Simptomatologia e constantă în ultimii 9 ani.

Comentariu: Simptomatologia halucinator delirantă apare la o personalitate histrionic dependentă, cu multiple psihotraume în biografie, începând din mica copilărie. Sunt prezente simptome din serie disociativă: depersonalizare, conversie somatică (mutism) amnezie dromomană; imaginarul bogat susţine halucinaţii predominant vizuale, care, deşi au conţinut relaţional, nu se exprimă într-o modalitate paranoidă clasică; halucinaţii auditive, imperative şi commentate sunt în plan secundar şi corelate cu cele vizuale. Cazul poate fi comentat din perspective unei tulburări delirante (halucinatorii) persistent de model disociativ (în sensul tradiţionalei psihoze histerice).

Astfel de particularităţi de relatare pot fi însă prezente şi la persoane care nu prezintă simptome din seria disociativă de identitate şi memorie, sau simptome conversive; şi nici chiar principalele trăsături ale TP histrionice. Ele se corelează mai mult cu ceea ce DSM-5 comentează ca TP narcisistă. În tradiţia psihopatologică a sec.XX se poate aminti la acest nivel cadrul nosologic denumit „pseudologia fantastică”. Acesta se referă la persoane ce relatează despre sine o istorie biografică, identitară şi de evenimente trăite, care sunt evident fabulate, extraordinare şi neverosimile, de obicei cu încărcătură megalomană. Unele cazuri ar putea fi apropiate de psihopatul excroc; iar altele de delir. Intersecţia cu delirul, deşi posibilă, e însă minoră, la fel ca în cazul patologiei obsesionale, dar din motive diferite. Persoana histrionică ce se transpune în scenarii fantastice, ca în pseudologie, nu le trăieşte efectiv în propria sa instanţa metareprezentaţională ca în cazul delirantului, nu e absorbit de ipostaza sa de personaj plasat într-o lume fictivă. Ci le povesteşte altora, pe prim plan trecând componenta relaţională nemijlocită, de impresionare spectaculară a altora. La obsesiv în schimb, intervine autoanaliza critică, egodistonă.

În perspectivă psihopatologică se poate ridica, uneori totuşi, problema diferenţei dintre autoplasarea subiectului ca personaj al unui scenariu confabulator narativ pseudolog; şi, cea a plasării sale ca personaj trăit efectiv, ca făcând parte dintr-o intrigă delirantă parafrenă. Un caz celebru recent, ca cel al lui Breivik repune cu acuitate această problemă în dezbatere.

Oricum, psihiatrii au identificat constant o patologie delirantă în această zonă, etichetată tradiţional ca psihoză hysterică; iar mai nou ca o psihoză disociativă. În aceste cazuri convingerile delirante se articulează cu alte simptome din serie disociativă, iar imaginarul joacă un rol important, autoreferenţial. Subiectul e frecvent erotic iar halucinaţiile, predominent vizuale, se bazează pe imaginaţie; iar uneori ajung să aibă chiar caracteristici de scenarii oneiroide.

# 5. Starea maniacală şi depresia psihopatologică

## 5.1. Mania, depresia şi tb. bipolară; scurt istoric şi abordare din DSM-5

Mania şi melancolia au fost identificate în medicina umoralistă a antichităţii cu o simptomatologie similară cu a cazuisticii actuale, observându-se de pe atunci posibilităţile tranziţiei directe între cele două sindroame (Areteus…..). În acea perioadă etau mai frecvent cumulate episoade delirante iar dintre cazurile de manie, cele agitate (furioase) şi din depresie cele anxioase (şi suspicioase).

După Renaştere, medicina Europei reia descrierea l0or aproximativ în aceeaşi termeni, interpretarea fiind însă diferită, prin trimitere la sistemul nervos şi starea nervilor. Dar simetria opusă a simptomelor şî tranziţia dintr-o fază în alta, au fost reconfirmate.

În sec.XIX, observaţia azilară atentă a circumscris forme clinice fără delir, constatându-se remisiuni spontane şi ciclicitate. Melancolia e re-numită depresie şi se circumscrie ca o „psihoză endogenă cu dublă formă”, bipolară. Aceasta e inclusă de Kraepelin în sistematica sa ca boală maniaco-depresivă, alături de demenţa precoce (=schizofrenie) şi paranoia, rămânând de atunci în centrul patologiei psihiatrice. Către sfârşitul sec.XX cercetări mai atente au circumscris o tb. depresivă recurentă unipolară şi, în general, un spectru maladiv depresiv, distinct de cel bipolar. În spectrul bipolar s-au acumulat apoi multiple variante=, mai ales prin luarea în considerare a formelor uşoare şi subclinice: hipomanie, ciclotimie, temperament hipertim şi ciclotim, mania şi depresia scurtă. Dar şi prin prezenţa unor episoade mixte, forme evolutive ciclotime sau cu cicluri scurte.

În prezent în DSM-5 (2013) se are în vedere un capitol separat pentru tulburările bipolare şi pentru cele depresive, acceptându-se însă şi episoade distincte de manie şi depresie. În Draft ICD-11 (2019) episoadele unice nu sunt validate nosologic, ele trebuind să fie încadrate într-o perspectivă evolutivă.

Chenar 30

**Mania şi melancholia în epoca modernă**

Medicina Europei de după Renaştere, susţinută de diplomele noilor Universităţi, punea în relaţie punct cu punct mania şi melancholia. Willis, fiind în continuare adeptul „spiritelor animale” care se scurg prin nervi, are în vedere criterii calitative care polarizează cele două boli

| Melancholia | Mania |
| --- | --- |
| Spiritul e ocupat de reflexie imaginaţia se odihneşte | Imaginaţia e ocupată de un flux perpetuu de idei impetuoase |
| se fixează asupra unui simptom sau obiect conferindu-i proporţii nerezonabile | conceptele şi noţiunile sunt deformate îşi pierd congruenţa, valoarea reprezentativă e falsificată |
| tandreţe şi teamă | îndrăzneală şi furie |
| Spiritele animale sunt obscure, întunecate de un fum gros | Spiritele animale se mişcă continuu şi neregulat ca suport a gândurilor incoerente ce scânteiază şi iradiază căldură, ca o flacără; de aceea maniacalul nu se teme să stea în frig |

Diateza melancholică agravându-se devine furie;
aceasta, când descreşte şi trece în repaus se reîntoarce
la melancholie; schimbările între cele două stări se pot petrece des

În sec.XVIII imaginea spiritelor animale e înlocuită de tensiunea nervilor, a vaselor şi fibrelor organismului.

Mania apare când tensiunea e dusă la paroxism ca un instrument a cărui corzi prea întinse vibrează la cel mai slab zgomot.

Melancholicul nu e capabil să intre în vibraţie cu lumea exterioară deoarece fibrele sale sunt destinse; răspund numai câteva fibre care corespund unui detaliu.

Creierul maniacalului e uscat şi arzător, al melancholicului e umed şi rece.

Aceste concepţii corespund scrierilor unor medici ca Boerhave, Splengler, Hoffman.

Polarizarea între melancholie şi manie din sec.XVII-XVIII e speculativă, ea nu se bazează pe observaţii clinice, dar e persistentă.

După : Foucault M., Istoria nebuniei în epoca clasică, Ed.Humanitas, Bucureşti, 1996

## Episodul maniacal în DSM-5

**Pentru diagnostic pozitiv sunt necesare următoarele:**

**A. O perioadă distinctă în care e prezentă o dispoziţie (mood) elevată, expansivă sau iritabilă şi o anormală şi persistentă activitate orientată spre scop sau energie; durata trebuie sa fie de peste o săptămână şi fenomenele să persiste cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi; sau, orice durată; spitalizarea e necesară.**

**B. În perioada de tulburare dispoziţională şi creştere a activităţii şi energiei să fie prezente trei sau mai multe din următoarele 7 simptome (minimum 4 dacă dispoziţia e doar iritabilă), cu o intensitate semnificativă şi reprezentând o modificare notabilă faţă de comportamentul uzual: 1. O stimă de sine crescută sau grandiozitate; 2. O nevoie scăzută de somn ( e.g. se trezeşte şi nu mai readoarme după 3 ore de somn.); 3. E mult mai vorbăreţ decât de obicei sau simte nevoia (presiunea) de a vorbi; 4. Fuga de idei sau sentimentul subiectiv ca gândurile nu pot fi controlate; 5. Distractibilitate (e.g. atenţia e uşor distrasă de stimuli externi irelevanţi sau neimportanţi.) observată sau relatată; 6. Creşterea activităţii orientate spre un scop (fie social, la munca sau la şcoală, sau sexuală) sau agitaţie psihomotorie (i.e. tendinţa spre activităţi nedirecţionate spre un scop); 7. Implicare în activităţi cu mare potenţial de consecinţe nefavorabile (i.e. implicarea în cheltuieli excesive, indiscreţii sexuale, investiţii băneşti aberante).**

**Criteriul C. precizează că tulburarea e suficient de gravă pentru a crea deficienţe importante în funcţionare iar criteriul D. că episodul nu poate fi atribuit efectelor fiziologice ale unor substanţe/medicamente sau altor condiţii medicale.**

## Episodul depresiv major în DSM-5

**Pentru diagnostic pozitiv sunt necesare următoarele:**

**A. Prezenţa a 5 (sau mai multe) din următoarele 9 simptome cel puţin 2 săptămâni, reprezentând o schimbare a funcţionării anterioare; cel puţin unul trebuie să fie din primele două: 1. Dispoziţie depresivă cea mai mare parte din zi, aproape în fiecare zi, indicată fie prin raportări subiective (e.g. a se simţii prost (sad), gol sau lipsit de speranţă) sau prin observaţia făcută de alţii (e.g. apare ca plin de lacrimi). N.B. la copil sau adolescent poate fi o dispoziţie iritabilă.; 2. Scădere marcată a interesului si plăcerii pentru toate, sau aproape toate activităţile, majoritatea zilei, aproape în fiecare zi (indicat fie prin raportare subiectivă, fie prin observaţie); 3. Scădere marcată în greutate fără a ţine o dietă de slăbire (e.g. mai mult de 5% din greutate într-o lună) sau scăderea sau creşterea apetitului aproape în fiecare zi; 4. Insomnie sau hipersomnie aproape în fiecare zi; 5. Agitaţie sau inhibiţie psihomotorie (observabilă de alţii); 6. Oboseală sau lipsă de energie aproape în fiecare zi; 7. Sentiment de lipsă de valoare sau vinovăţie excesivă sau neadecvată (ce poate fi delirantă) aproape în fiecare zi; 8. Scăzută abilitate de a gândi sau se concentra, sau indecizie aproape în fiecare zi (atât resimţita subiectiv cât şi observabilă de alţii); 9. Gânduri recurente de moarte (nu doar frica de moarte), ideaţie recurentă suicidală fără un plan specific sau tentativă de sinucidere sau plan specific de a se sinucide.**

**Criteriul B precizează că sindromul conferă o semnificativă stare de distres sau deficienţe în funcţionare, iar criteriul C că episodul nu e consecinţa directă a consumului de substanţe/medicamente sau a altor condiţii medicale.**

Criteriile pentru Episodul hipomaniacal sunt aceleaşi ca pentru episodul maniacal dar exprimate mai puţin intens. Astfel, durata poate fi şi de câteva zile, iar simptomul nu determină o deficienţă marcată în funcţionarea socială sau ocupaţională, sau internare.

În caracterizarea episodului depresiv (când nu e specificat ca major) se cer de asemenea ca obligatorii manifestări simptomatice de cel puţin 2 săptămâni cu prezenţa dispoziţiei depresive şi a scăderii interesului şi plăcerii. Se mai cere prezenţa a cel puţin 3 simptome din următoarele 7: scădere marcată în greutate din

cauza inapetenţei, insomnie sau hipersomnie, agitaţie sau inhibiţie psihomotorie, oboseală sau lipsă de energie, sentimentul lipsei de valoare sau vinovăţie şi preocupări suicidale.

DSM-5 mai descrie ciclotimia şi distimia. Ciclotimia presupune ca cel puţin 2 ani să existe multiple episoade cu simptome hipomane ce nu întrunesc criteriile pentru un episod hipoman şi numeroase episoade cu simptome depresive care nu întrunesc criteriile pentru un episod depresiv major; nu există mai mult de 2 luni consecutive fără simptome. Distimia constă în prezenţa aproape continuă a unor simptome depresive timp de peste 2 ani; fără intervale libere mai lungi de 2 luni; dar nu se cere prezenţa anhedoniei (lipsa de plăcere), sentimentul de vinovăţie şi a ideaţiei de moarte.

În afara acestor circumscrieri, în capitolul consacrat Tulburării bipolare sunt menţionate “specificări” care se referă la : **1.** Prezenţa distresului anxios: uşor, moderat, moderat sever, sever; **2.** Episoade maniacale sau hipomaniacale cu simptome mixte, depresive; episoade depresive mixte, cu simptome maniacale; **3.** Tulburarea cu cicluri rapide: cel puţin 4 in 12 luni; **4.** Episod depresiv cu trăsături melancolice: prezintă simptome ca lipsa plăcerii şi a reactivităţii, calitate aparte a dispoziţiei depresive cu sentiment de gol interior, rău şi trezire matinală, agitaţie sau inhibiţie psihomotorie marcată, scădere în greutate, sentiment de neadecvare şi vinovăţie; **5.** Cu aspecte atipice: se menţionează: reactivitate dispoziţională specială şi cel puţin 2 din: creştere semnificativă în greutate, hipersomnie, rejecţie şi senzitivitate interpersonală; **6.** Cu aspecte psihotice: acestea pot fi deliruri şi halucinaţii congruente cu dispoziţia afectivă sau incongruente (de menţionat că psihoza se reduce aici la delir cu eventuale halucinaţii); cu anhedonie; **7.** Cu debut peripartum; **8.** Cu pattern sezonal: simptomatologia maniacală şi/sau depresivă se intercalează în funcţie de sezon.

Mai sunt menţionate unele aspecte de manifestare puţin intensă, precum: - depresia scurtă de 3-4 zile; - episoadele hipomane ce apar la sfârşitul unei stări

depresive sau ca induse de medicaţia antidepresivă şi alte medicamente; - episoade hipomane scurte (2-3 zile) sau cu insuficiente simptome; - ciclotimia cu durată mai scurtă (sub 24 de luni). Adepţii spectrului bipolar introduc însă şi dimensiunea temperamentului – depresiv, ciclotim, distim, disforic- ceea ce DSM-5 nu poate să o facă.

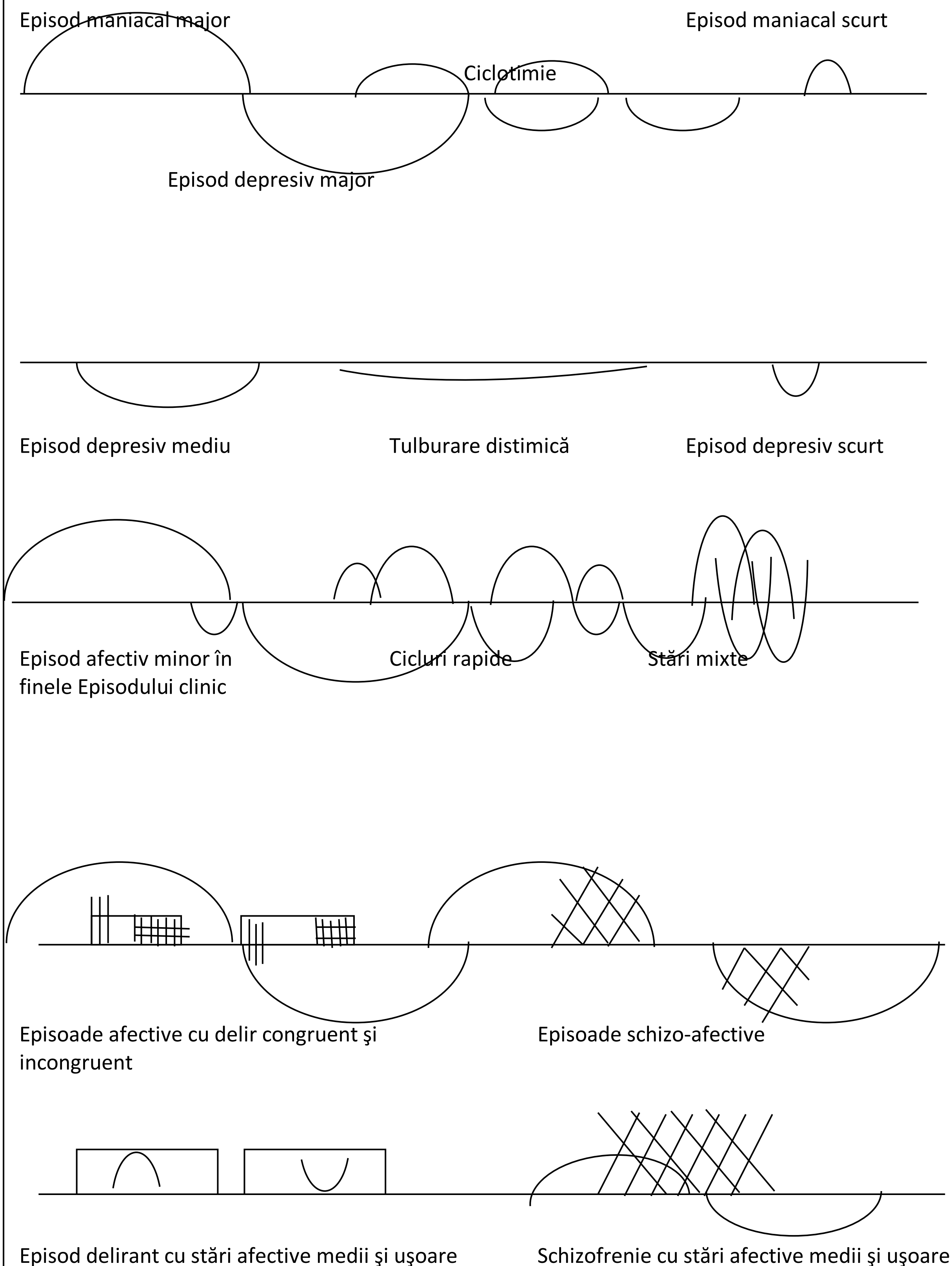
DSM-5 prezintă concis şi clar aspectul care-l interesează pe medicul ce vrea să pună un diagnostic reproductibil. Această structură rigidă, cu liste de simptome şi cuantificări, este consonantă cu obiectivul pe care sistemul şi l-a propus: concordanţa (reliability) în diagnostic. Dar tocmai acest decupaj schematic şi rigid aduce în lumină faptul că procesul de diagnostic e mediat întotdeauna de instrumentul de lectură. În cazul de faţă, de instrumentul teoretic al manualului. În urma aplicării sale se poate releva doar ceea ce instrumentul permite a se releva.

### 5.2. Mania şi depresia ca şi cazuri robot

Rămânând în cadrul psihopatologiei descriptive - dar formulând în acelaşi timp intenţia de a sonda bazele antropologice ale psihozei, pentru care sindromul maniacal şi depresia majoră sunt o poartă de intrare, e nevoie de o prezentare mai nuanţată a acestor sindroame. Se poate apela pentru aceasta la manualele didactice de psihopatologie descriptivă în care sindroamele sunt comentate de obicei din perspectiva cazului tipic ideal. O astfel de listă necesită însă minime sistematizări în prezentarea sa. Una din acestea ar putea ordona simptomatologia celor două sindroame în perspectiva unei partajări între simptomele predominent biopsihologice, mai uşor observabile; şi cele subiective, în cadrul cărora se agregă o zonă ce se poate transforma în tematică delirantă prin alunecarea autoreprezentării subiectului în conduita de personaj. Astfel s-ar compensa atenţia redusă pe care DSM-5 o acordă simptomelor subiective.

Chenar 31

**Manifestări clinice ale episoadelor afective**



O a doua perspectivă de sistematizare ar putea distinge între aspectul formal al tulburării (de ex. în cazul sd. maniacalului: - dezinhibiţie expansivă, tahipsihică şi ergică cu autovalorizare şi sociabilitate pozitivă şi proiecţie în viitor); şi, pe de altă parte, exprimarea acestei disfuncţii bazale prin simptomatologia funcţiilor psihice: de vigilitate, pulsionale, cognitive, comportamentale şi relaţionale. O astfel de abordare subliniază coerenţa de sindrom a stărilor maniacale şi depresive, în calitatea derivării lor din structuri funcţionale antropologice de tip modular cu valoare adaptativă, care prin minusul psihoantropologic se manifestă deficitar, rigid, excesiv, dezadaptativ.

În continuare se va prezenta sd. maniacal şi depresiv în acest sens.

**Sindromul maniacal în varianta sa euforică se caracterizează prin: dezinhibiţie generalizată, tahipsihia expansivă, euforie megalomană, atitudine prosocială gregară. Orientarea centrală e spre proiecte de acţiune susţinute de încrederea în sine aberantă.**

**D.p.d.v. subiectiv se constată: o bună dispoziţie afectivă euforică, o veselie ce se transmite celor din jur şi pe care împrejurările nu o pot schimba; subiectul afirmă de obicei: „mă simt foarte bine, excelent, sunt fericit”. E hedonic, se interesează de lucruri plăcute, se bucură din orice. Părerea despre sine e foarte bună: simte că are multă energie, că deţine capacităţi şi abilităţi deosebite, stima de sine e crescută, are sentimentul că poate rezolva totul, elaborează nenumărate proiecte fiind convins că le va rezolva,- informându-i pe alţii asupra acestui lucru - are mare încredere în viitor.**

**Subiectul trăieşte într-un prezent pe care-l percepe cu acuitate dar fragmentar, dată fiind hipermobilitatea atenţiei; interesul principal este de fapt faţă de viitor, pe care-l simte deschis spre toate posibilităţile pozitive; trecutul nu-l interesează.**

**Celelalte persoane nu-l preocupă, considerându-se superior lor. Totuşi, se manifestă intens prosocial: e deschis spre comunicare cu oricine, fără diferenţiere, în cadrul unei hipersociabilităţi gregare, contaminând cu propria sa bună dispoziţie pe ceilalţi; se comportă cu alţii fără reticenţă, ignorând normele ierarhiei sociale; consideră că ceilalţi ar trebui să-l admire; nu manifestă ataşament constant sau reacţii emotive în raport cu alţii.**

**Procesele cognitive se derulează rapid şi fără persistenţă coerentă. Vigilitatea e crescută, atenţia hipermobilă cu mari deficienţe de concentrare şi persistenţă; percepţia e intensificată, memoria poate fi crescută, dar e nefuncţională, datorită derulării rapide a cursului ideativ; prezintă o spontaneitate ideatică crescută cu presiune a gândirii, ideaţie rapidă cu schimbarea bruscă a ideilor şi cursului gândirii, „fugă de idei” (asocieri ideative rapide, imediate dar superficiale, prin asemănarea şi asonanţa lingvistică, subiectul sare de la o idee la alta).Comportamental: se mişcă şi vorbeşte foarte mult, cu viteză crescută, logoree; iniţiază multe acţiuni în urma unor decizii pripite, cu minimă elaborare şi evaluare a posibilităţilor reale de realizare şi a consecinţelor; persistenţă redusă în acţiune cu schimbare rapidă a obiectivelor; se angajează uşor în activităţi riscante sau care pot avea consecinţe nefavorabile (e.g. tranzacţii, cheltuirea banilor, jocuri de noroc, relaţii şi aventuri erotice, condusul periculos al maşinii etc).**
**Aspectul expresiv poate fi strident, ca îmbrăcăminte şi podoabe, vorbirea e dezinhibată, neadecvată situaţiei, cu schimbări frecvente a temelor; uneori pornolalică; poate glumi, cânta, dansa, improvizează şi recită versuri, râde uşor.**

**Somnul e redus, energia crescută, dezinhibiţie instinctuală globală, mai ales sexuală, uneori agresivitate crescută, predominent verbală.**

**Veselia şi buna dispoziţie euforică poate fi înlocuită sau dublată de o stare disforică de iritabilitate ostilă şi anxioasă.**

**<u>Sindromul depresiv</u> în varianta sa inhibată se caracterizează prin: bradipsihie inhibată generalizată, cu blocarea acţiunii şi cu repliere pe sine, astenie anergică şi tristeţe autodepreciativă, orientată spre nefiinţă. Subiectiv, individul trăieşte o stare neplăcută, negativă, tristă, anhedonică; simte că nimic nu-i face plăcere şi nu-l bucură, nu-l atrage şi interesează; această blocare afectivă poate să se manifeste uneori ca şi incapacitate de a simţi, trăită neplăcut. Părerea despre sine este negativă, se simte incapabil şi lipsit de valoare, de rost şi utilitate, golit interior, anergic, astenic, lipsit de orice putere, orientat spre boală, suferinţă, moarte, nefiinţă.**

**În perspectiva temporală se manifestă lipsa de speranţă: viitorul e lipsit de suport, sens sau nici nu poate fi conceput; subiectul nu-şi face nici un plan de viitor, prezentul e neatractiv, lipsit de interes şi plăcere; trecutul îl mai poate interesa prin evenimentele ce-i amintesc de vinovăţie.**

**Retragerea din prezent este şi o retragere socială, din orice contact sau coparticipare cu alţii; de obicei se simte vinovat. Se decide greu, nu se poate mobiliza pentru acţiune, orice efectuare îi pare foarte problematică, lipsindu-i motivul, decizia şi motivaţia: mişcările sunt lente, activitatea e redusă spre inactivitate totală. Vorbirea e redusă cantitativ, rară, cu intensitate scăzută. Majoritatea timpului stă nefăcând nimic; poate intra în inhibiţie stuporoasă cu negativism.**

**Cogniţia e inhibată şi lentă. Atenţia e redusă ca şi concentrare, persistenţă, mobilitate, percepţia e diminuată, hipomnezie globală, ideaţie redusă cantitativ, curs ideativ lent, ideaţie săracă cu perseverare.**
**Inhibiţie instinctivă alimentară cu scădere în greutate şi inhibiţie sexuală; somn redus cu trezire matinală, stare de rău matinal. Cenestopatii cu senzaţie de greutate şi disconfort corporal; spasme pe organele cavitare.**

**Sindromul depresiv poate avea şi variante agitate, iritabile, însoţite de disforie şi anxietate; varianta inhibată, în ipostaza sa majoră, ajunge la stupor catatoniform.**

| **Sistematizarea simptomelor maniei şi depresiei în vederea unui diagnostic comprehensiv** | |
|---|---|
| A. Simptome biopsihologice predominent observabile | |
| MANIE | DEPRESIE |
| Dezinhibiţie extroversă şi tahipsihie globală (instinctivă, decizională, comportamentală, ideo-verbală, relaţională) | Inhibiţie introver4să şi bradipsihie globală |
| insomnie fără oboseală<br>energie crescută<br>logoree<br>fugă de idei, asociaţii superficiale<br>atenţie mobilă, percepţie crescută<br>hipermnezie nefuncţională<br>libido crescut, dezinhibiţie sexuală<br>hipersociabilitate gregară cu reducerea reticenţei<br>decizie rapidă şi hiperactivitate, activităţi hazardante cu risc<br>motricitate crescută şi rapidă | insomnie nocturnă şi trezire matinală<br>rău matinal<br>oboseală, anergie<br>inapetenţă, scădere în greutate<br>reducerea libidoului<br>ideaţie redusă, lentă perseverare ideatică<br>atenţie, percepţie, memorie reduse<br>lentoare motrică<br>lipsă de motivaţie şi reactivitate<br>inactivitate, stupor, negativism<br>izolare socială<br>reducerea vorbirii, mutism<br>ideaţie redusă, lentă perseverare ideatică<br>atenţie, percepţie, memorie reduse |

| B. Simptome psihoantropologice subiective detectabile prin interviu | |
|---|---|
| Stima de sine crescută<br>sentiment de valoare şi capacitate crescută<br>încredere în sine, asertivitate, optimism nerealist<br>grandiozitate, afirmare de sine | Stimă de sine scăzută<br>sentiment de capacitate şi valoare redusă<br>neîncredere in sine, indecizie, problematizare<br>vinovăţie, negaţie de sine |
| **Viitorul e deschis** (totul se va rezolva bine)<br>- participare hedonică la prezent | Viitorul e închis (lipsit de speranţă)<br>nu poate adera la prezent (nimic nu-l atrage)<br>incapacitate de a se bucura |
| Stare afectivă dispoziţională pozitivă<br>- veselie, bună dispoziţie, euforie ce se transmite celorlalţi | Stare afectivă dispoziţională negativă<br>**-** tristeţe, proastă dispoziţie afectivă, disforie, anxietate, preocupare faţă de boală şi moarte |

Notă: trăirea subiectiv afectivă dispoziţională este doar unul din aspectele tulburărilor dispoziţionale din manie şi depresie.

$B_1$Trăiri şi convingeri subiective tematizabile delirant

| Manie | Depresie |
|---|---|
| se consideră o persoană de excepţie ce poate rezolva orice, cu calităţi si capacităţi deosebite<br><br>realizări şi poziţie socială aparte (invenţii, creaţii, misiuni speciale)<br><br>noi identităţi megalomane (om istoric, legende mitico sacrale, relaţii deosebite, descendenţă specială)<br><br>stârneşte invidia şi atitudinea ostilă a celorlalţi | se consideră o persoană fără valoare, care nu merită să trăiască<br><br>e vinovat pentru suferinţele altora şi ale umanităţii<br><br>ruină şi catastrofă generală<br><br>are boli grave şi incurabile<br><br>negaţie: organele nu funcţionează, e mort, condamnat să sufere în eternitate<br><br>alţii îl consideră vinovat pe bună dreptate |

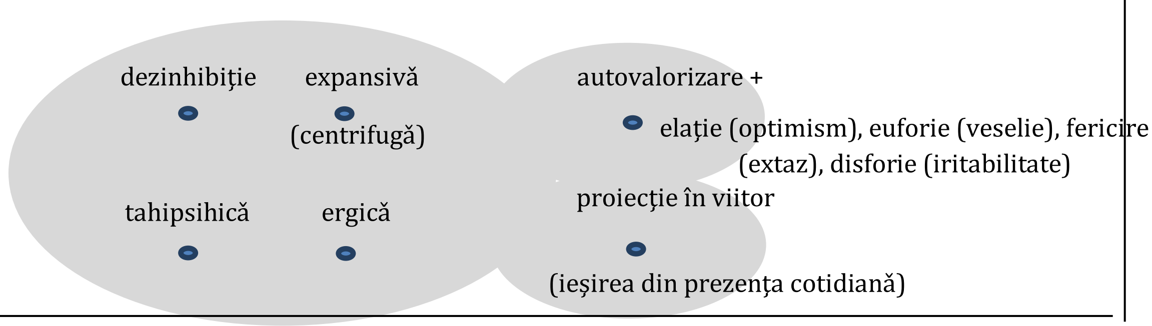
**Tb.formale în sd. maniacal**

Mania e un sd. dispoziţional în dublu sens. Pe de o parte, disponibilitatea generică a subiectului de raportare la ambianţă e dezinhibată proiectivla toate nivelurile. Pe de altă parte dispoziţia afectivă se manifestă pozitiv dar rigid, ca elaţie, euforie, extaz sau iritabilitate, nemotivate şi neinfluenţabile situaţional. Faptul se reflectă în circumscrierea sindromului (e.g. DSM-5) prin două componente de bază: - Dispoziţia afectivă elevată; şi: - Manifestarea proiectivă aberantă.

Sd.maniacal ar putea fi caracterizat în ansamblu printr-o disfuncţie psihică formală globală, constând din: dezinhibiţie expansivă tahipsihică şi ergică, cu autovalorizare, elaţie, afectivitate pozitivă şi proiecţie în viitor. Aceste modificări se exprimă prin funcţiile psihice (ale vigilităţii, pulsionalităţii, cogniţiei, comportamentului, afectivităţii şi relaţionării).

Chenar 32

| | | | |
|---|---|---|---|
| dezinhibiţie erotică | presiunea vorbirii (logoree) | agitaţie | elaţie, (optimism), euforie (veselie), disforie (iritabilitate) dispoziţie afectivă + |
| | fugă de idei<br>atenţie distributivă | acte riscante | |
| insomnie ergică | memorie, percepţie, estezie } + | activitate, motricitate } + | hipersociabilitate (superficială) |
| instinct vigilitate | cogniţie | comportament motricitate | afectivitate sociabilitate |



La fel ca toate sindroamele psihopatologice importante, starea maniacală derivă şi ea din modalităţi de reacţie şi manifestare psihică normale şi adaptative. În cazul de faţă sunt de luat în considerare comportamente externalizate, precum: - scţiunile realizatoare performante (mai ales în condiţii de risc sau în faza creatoare) – confruntarea beligerantă; - petrecerea sărbătorească (de tip carnaval); - extazul apropierii de divinitate. În cazuri concrete, unele simptome par a deriva mai direct din una din aceste stări (e.g. veselia prosocială glumeaţă,….iritabilitate,…acţiunile riscante).Vom comenta în continuare sd. maniacal pornind de la tb.formale menţionate.

Dezinhibiţia psihică se referă în primul rând la permanenta manifestare activă a maniacalului hipervigil şi ergic, ce nu poate sta mult timp calm şi liniştit, relaxat sau inactiv. Ea se exprimă însă şi prin aspecte mai precise, cum ar fi: - Dezinhibiţia erotica, atât ca atracţie, comportament, vorbire licenţioasă sau performanţă sexuală; - Insuficienta reţinere şi autocontrol în relaţionările sociale, transgresarea normelor sociale, a convenienţelor şi reticenţelor; - Scurtcircuitarea deziciilor, ducând şi la comportamente impulsive (intervine în toate şi tahipsihia); implicarea permanentă în proiecte de acţiune, deseori fanteziste.

Expansivitatea (centrifugă) e susţinută şi intricată cu celelalte caracteristici (dezinhibiţie, tahipsihie, energie) şi se manifestă în plan ideatic şi comportamental, al proiectelor de acţiune, al deplasărilor şi contactelor umane.

Tahipsihia e evidentă în vorbire (care e şi amplă constatativ – logoree), în fuga de idei, în psihomotricitate, în atenţia distributive distractibilă. Ea stă la baza faptului că maniacalul începe multe lucruri pe care nu le termină, trecând de la unul la altul; sau în plan ideoverbal nu urmăreşte o temă până la capăt, trecând de la una la alta.

Energia crescută este pe de o parte resimţită subiectiv, întreţinând încrederea în sine şi sentimentul de atoate putinţă. Pe de altă parte ea este şi un aspect obiectiv, maniacalul vigil funcţionând mult timp fără a obosi, capabil de eforturi

fizice şi psihice mari. E unul din motivele pentru care starea hipomaniacală poate fi performantă şi dorită.

Autovalorizarea pozitivă are şi ea mai multe aspecte. Maniacalul are o încredere în sine crescută, se simte capabil, are energie şi curaj, are convingerea că poate realiza cu uşurinţă multe lucruri. Faptul poate sta la baza acţiunilor riscante, hazardante sau perturbatorii. În acest sens episoadele hipomaniacale amelioreazǎ nehotărârea obsesivilor; stima de sine crescută stă şi la baza abordării directe, fără reticenţe, a altor persoane, aflate în poziţii sociale înalte. Părerea bună despre sine este argumentul proiectelor de viitor fanteziste şi mai ales a delirurilor megalomane congruente, de grandiozitate, în care subiectul se autoplasează în poziţia de personaj a unor scenarii fictive, în relaţie cu personalităţi deosebite.

Proiecţia în viitor e o caracteristică esenţială a felului în care maniacal se raportează la situaţie, mai ales în comparaţie cu depresivul; şi chiar cu anxiosul. Maniacul ce se simte puternic şi capabil este încrezător în viitor, optimist, convins că poate realiza orice. Deşi are o percepţie vie (şi hedonică) a unor elemente situaţionale, esenţialul orientării sale e spre realizarea unor proiecte; şi în primul rând în viitorul imediat, el fiind sigur de împlinireaacestora. Practic, maniacalul nu are o receptare şi o angajare eficientă în raport cu situaţiile date, care să îi permită o echilibrată trăire a "prezenţei la prezent", între trecutul rememorabil şi viitorul proiectat, planificat şi expectat. Prezentul să e punctiform şi nestructurat, aspirat de viitor. Delirul de grandiozitate extrage şi mai mult pacientul din prezentul real.

Trecând la simptomatologia exprimată, constatabilă şi măsurabilă (prin scale de evaluare) se poate începe cu dimensiunile predominent psihobiologice ale vigilităţii şi vieţii pulsionale.

Starea de vigilitate, opusă somnului este cea care asigură raportarea informativă la ambianţă şi acţiunile eficiente. În sindromul maniacal vigilitatea e crescută, nevoia de somn fiind redusă fără ca subiectul să se simtă obosit.

Vigilitatea crescută susţine o percepţie pregnantă, vie a datelor receptate, cu detalii care-i atrag atenţia. Hipervigilitatea se conjugă cu tahipsihia, realizându-se o atenţie distributive mobilă, distractibilă, centrifugă şi superficială. Informaţia receptată nu mai e organizată pe nivele ierarhice, fiind aplatizată, printr-o suită de secvenţe şi detalii ce nu mai permit buna configurare a ansamblului situaţional actual. Distractibilitatea atenţiei din manie seamănă cu atenţia hipermobilă din anxietate, cu diferenţa că aceasta din urmă e de tip investigator.

Dezinhibiţia pulsională a fost deja amintită, ducând la un comportament erotic, uneori strident, care încalcă convenienţele sociale. În manie e activat potenţialul ludic şi hedonic al satisfacţiilor şi plăcerilor corporale.În mixare cu anxietatea poate fi întreţinută addicţia de alcool şi de unele droguri.

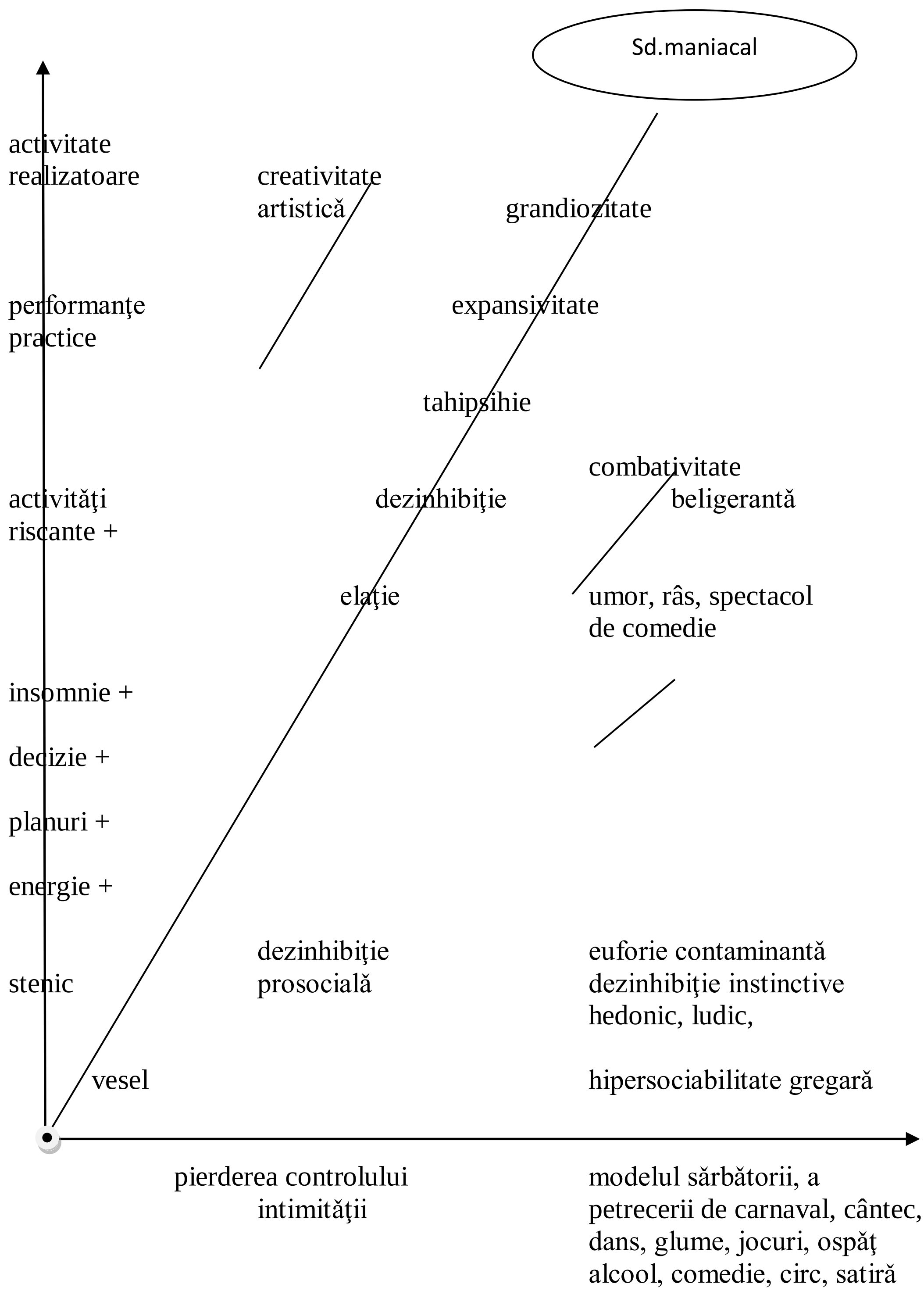
Procesele cognitive sunt dezinhibate şi accelerate. E crescută nu doar estezia şi planul perceptiv ci şi memoria, amintirile; dar această hipermnezie nu e utilă datorită tahipsihiei. La fel, asociaţiile de idei şi de cuvinte rapide, deşi pot fi interesante şi originale, nu sunt productive datorită tahipsihiei şi deficitului de organizare mentală spre un scop.

Motricitatea şi comportamentul dezinhibat,expansiv şi derulat rapid, reprezintă o arie simptomatică dintre cele mai specifice maniei.Pacientul nu stă locului, se mişcă mereu; uneori mişcările sunt mai rapide, reacţionează prompt fără suficientă deliberare. Nivelul activităţii cu scop (professional, şcolar) creşte; are multe planuri, se angajează în activităţi riscante etc. Se poate ajunge la agitaţie maniacală. În hipomanie performanţele pot efectiv creşte un timp la fel ca şi creativitatea.

Dezinhibiţia şi viteza crescută se constată şi la nivel ideo verbal, arie simptomatică ce e de asemenea caracteristică. Vorbirea poate fi crescută cantitativ şi cu derulare rapidă (logoree, tahifemie). La fel e şi “presiunea gândirii” constând din resimţirea unei ideaţii care se impune cu rapiditate în fundalul cursului ideativ. Pacientul îşi face multiple planuri de acţiune, imediate sau de viitor. Dar el se

Chenar 33

**Manifestări ale dezinhibiţiei expansive externalizate, incluzând hipersociabilitatea gregară din care poate deriva sd. maniacal**



simte mobilizat uneori şi să producă poezii sau diverse texte literare sau de tip ştiinţific, producţia ideatică fiind tot mai amplă.

Comportamentul prosocialeste şi el characteristic mai ales pentru mania euforică. Subiectul contactează spontan pe oricine întâlneşţe, pe necunoscuţi, fiind lipsit de reticenţe. Intră uşor în conversaţie cu primul venit, nu are secrete, nu respectă convenienţele sociale şi ierarhiile. Buna sa dispoziţie e contaminantă.În conversaţie poate fi distractive, spune glume, recită poezii, cântece, etc.În varianta disforic iritabilă, maniacalul se manifestă tot prosocial dar reacţionând ostil şi ajungând mereu la dispute şi confruntări cu ceilalţi. Hipersociabilitatea gregară, cu un comportament similar celui din timpul petrecerilor sărbătoreşti dezlănţuite, este o tradiţională caracteristică a comportamentului maniacal, marginalizate însă în DSM-5, care pune accentul pe dezinhibiţia din activitate.

Dispoziţia afectivă euforică şi disforică, elaţia.Dispoziţia afectivă pozitivă, euforică a fost considerată mult timp, în secolul XX o caracteristică de bază a stării maniacale. Totuşi tradiţia patologiei maniacale a consemnat încă din antichitate – şi pe tot parcursul modernităţii – şi “furorul maniacal”, mania agitată şi violentă, combative, a nebunului ce loveşte nediscriminativ pe oricine din jur. Chair dacă se lasă la o parte maniaca delirantă paranoidă, tradiţia culturală trimite şi spre derivarea maniei agitate din dispoziţia externalizată a confruntării beligerante. Aceasta se originează în tradiţia luptătorilor ce se identifică cu un animal carnasier agresiv totemic (lup, urs, leopard etc.). Sau a celor ce optau pentru războiul sfânt, luptându-se până erau omorâţi. Pentru această variantă tradiţională de manie furioasă se foloseşte în ultimele decenii trimiterea la dispoziţia iritabil disforică.

O altă variantă dispoziţională s-a impus în ultimele decenii, mai ales după DSM-III, când psihiatrii americani au introdus în comentarii “elaţia”, cu referire la dispoziţia expansiv realizatoare de angajare în produceri efective. Această elaţie dispoziţională e susţinută de dezinhibiţia ergică şi de tahipsihie, bazându-se pe proiecte de acţiune realizare, creaţie, toate sub semnul optimismului.Pe această

linie se plasează şi multiplele proiecte ale maniacalului, angajarea în acţiuni riscante; dar şi creativitatea.

În afara acestor două variante – disforică şi de elaţie realizatoare – tradiţia europeană a dispoziţiei vesele şi euforice nu poate fi ignorată. Ea se referă de fapt la buna dispoziţie şi veselia de tipul petrecerilor sărbătoreşti ce urmează succeselor, victoriilor, aniversărilor; sau a celor de tip carnavalesc (de la sfârşitul anului, însoţite de spectacole, comedii, circ, dans, pantomimă etc). E vorba de o dispoziţie euforică contaminantă social,care reduce diferenţierile sociale, însoţindu-se de dezinhibiţie instinctivă (alimentaţie bogată, alcool), cântece, dans, glume, râs, voie bună. La nivel hipomaniacal, tradiţionalul bufon se înscrie în această linie.

În sfârşit s-ar cere să nu fie ignorată nici dispoziţia afectivă pozitivă a extazului mistic, de apropiere de personajele lumii sacrale care se regăseşte mai ales în mania delirantă cu teme religioase.

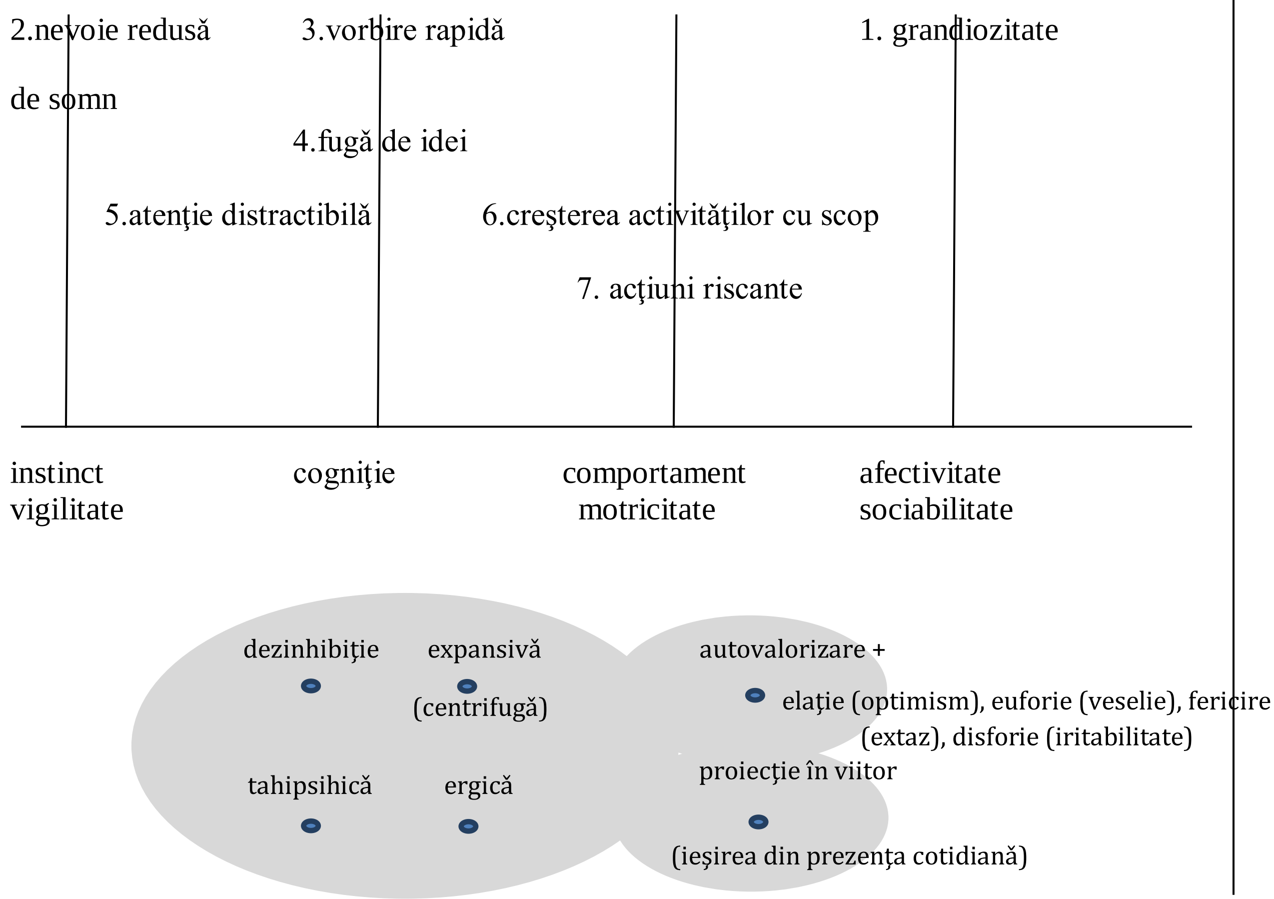
Cele patru direcţii dispoziţionale menţionate se pot deseori combina.Esenţial e faptul că ele se conjugă cu dezinhibiţia expansivă, tahipsihia ergică şi prosocială.Clinica psihiatrică nu poate ignora nici posibile combinaţii cu elemente ale altor stări dispoziţionale, uneori chiar opuse cum ar fi cea anxioasă şi cea depresivă.

Se mai cere precizat că anormalitatea dispoziţiei affective din manie nu constâ doar în intensitatea ei şi în lipsa de motivaţie; ci, mai ales, în desituaţionalizarea în care ajunge pacientul. Dispoziţia maniacală în ambele sensuri ce au fost comentate persistă continuu o perioadă apreciabilă de timp, peste o săptămână, unroei luni de zile. În această perioadă subiectul nemaifiind conectat şi sensibil la variatele evenimente situaţionale, e lipsit de modular afectivă pe care o induc stările emotive. În plus relaţionarea interpersonală devine uniform după o variantă publică, cu aplatizarea sau ştergerea legăturilor intime de rezonare

Dispoziţia afectivă din manie, de elaţie euforică sau disforică simplică la maximum bogăţia de trăiri afective ale persoanei în cauză.

Chenar 34 **Mania în DSM-5**

În acest manual diagnosticul episodului maniacal se încadrează în modelul bazat pe tulburări formale nucleare




## Tb. formale în sd. depresiv

Sindromul depresiv poate fi comentat până la un punct după o schemă similară cu cea a raportării maniacale la situaţie, prin caracteristici formale simetric opuse: inhibiţie retractilă, bradipsihică şi anergică, cu autovalorizare negativă şi repliere pe trecut. Simptomatologia clinică ar rezulta din transpunerea acestor

condiţii formale în funcţionarea psihologică (motivaţională, cognitivă, comportamentală, relaţională afectivă etc.). Spre deosebire de sd. maniacal, simptomatologia somatică şi cea subiectivă joacă un rol mai important. Iar diferenţa între depresia inhibată şi cea agitată e mai semnificativă decât cea dintre mania euforică şi cea disforică.

Inhibiţia retractilă şi bradipsihică se manifestă în toate planurile psihismului: instinctiv, cognitiv global, ideo verbal, motor, relaţional. La un pol opus faţă de expansivitatea centrifugă a maniacalului, depresivul se retrage spre propria-i corporalitate, spre propiul trecut; şi mai adânc, spre nefiinţă. Inhibiţia în plan corporal instinctiv e evidentă prin inapetenţă cu scădere în greutate. Dar ea e mai globală, manifestându-se prin spasme pe organele cavitare, ce pot întreţine cenestopatii, algii, disfuncţii; [recum şi prin reducerea unor funcţii vitale, aşa cum ar fi cea imunitară. Somnul e perturbat, caracteristică fiind trezirea şi răul matinal. Inhibiţia în plan cognitiv e globală de la hipoestezia exterioară la percepţia nepregnantă, cenestopatii şi algii corporale, diminuarea concentrării atenţiei, hipomnezie, lentoare mnestico ideativă şi de judecare, vorbire redusă cantitativ şi lentă, până la mutism. În plan motor şi comportamental mişcările sunt lente şi reduse; comportamentul cu scop şi activitătile sociale sunt reduse până la blocaj total, inactivitate abulică, pacientul petrecându-şi tot timpul în pat. E posibil şi un stupor pseudocataton. Subiectiv poate fi resimţită astenia. Inhibiţia motivaţiei (a tendinţelor, proiectelor, aspiraţiilor) se corelează cu anhedonia (lipsa plăcerii şi atractivităţii pentru orice); şi uneori cu indecizia şi ruminaţiile.Relaţional dispare interesul pentru contactul cu alte persoane până la retragerea socială completă.

La fel ca în cazul maniei dispoziţia afectivă negativă e un element essential al sindromului. Ea e caracterizată de obicei ca tristeţe cu lipsă de speranţă. Există multe nuanţe ale dispoziţiei afective negative din sindromul negative, chiar dacă nu ne referim la mixtarea cu anxietatea şi/sau iritabilitatea disforică. Starea depresivă în care subiectul e pesimist şi nu mai speră că se va întâmpla nimic pozitiv, este

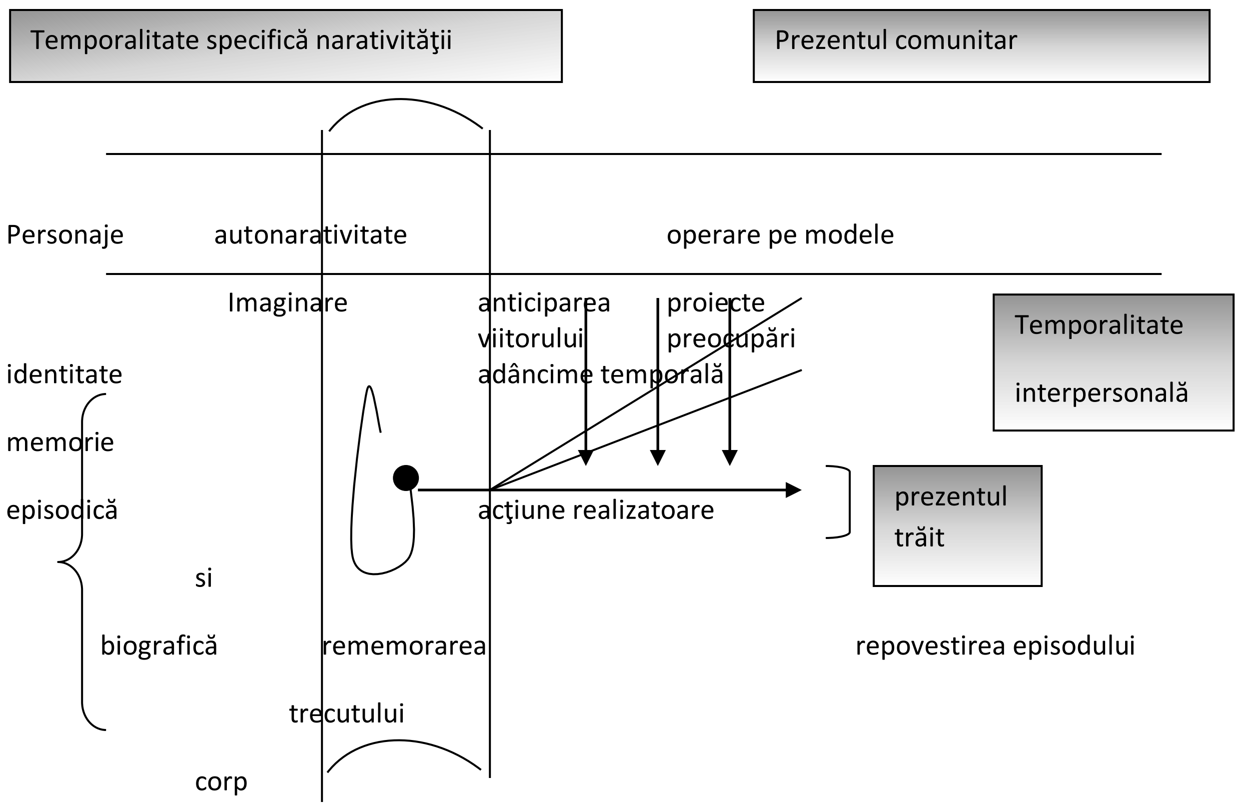
evident corelată cu lipsa de speranţă dar şi cu neataşamentul faţă de situaţia prezentă care nu mai e cu nimic atractivă pentru subiect. Acest aspect e rezumat uneori prin simptomul anhedoniei, care în acest caz nu se referă doar la lipsa plăcerilor corporale. De fapt, retragerea din viitor şi prezent se conjugă la depresiv cu o repliere pe un trecut pe care îl centrează autodevalorizarea şi negaţia: om lipsit de valoare şi vinovat. Dar nici acesta nu e punctul terminus al atitudinii retractile devalorizante căci el se îndreaptă spre lipsa de rost existenţial, ruină universală, negare universală.Apoi ideea de moarte proiectele şi tentativele de suicid. Preocuparea hipocondriacă se înscrie şi ea în această direcţie a apropierii de moarte.

În raport cu modelul depresiei inhibate menţionat mai sus, se cer commentate formele anxioase, disforice şi alte tablouri clinice particulare.

Depresia anxioasă păstrează unele caracteristici biologice (e.g. inapetenţă, tb. de somn) şi pe cele subiective ale depresiei (tristeţe, lipsă de speranţă, anhedonie, devalorizare, ideaţie suicidară); dar se manifestă prin nelinişte psihomotorie şi tulburări neurovegetative. Strânsa corelaţie dintre depresie şi

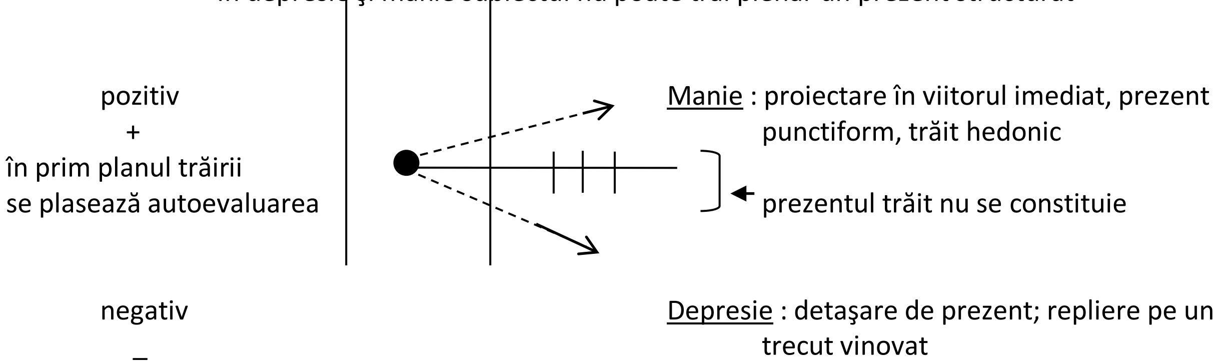
Chenar 35

**a) În normalitate „prezentul trăit” de subiect se bazează pe durata unei acţiuni efective ce poate fi repovestită**




**b) Psihopatologia prezentului trăit**

În depresie şi manie subiectul nu poate trăi plenar un prezent structurat



anxietate poate fi pusă pe seama derivării ambelor sindroame din reacţiile internalizate de răspuns în faţa confruntărilor, eşecurilor şi adversităţilor, încă din biologie : prin retragere, încercare de punere la adăpost şi evitare. În faţa confruntării cun un pericol, individul poate adopta conduite de sumisiune (inhibiţie), de retragere şi ascundere (conduita anxios fobică).Sau, de acceptare a competiţiei.Ultimul caz e mai caracteristic conduitelor externalizate, din care face parte mania.Iar situaţia biopsihologică a unei confruntări tensionate, lipsită de suficientă încredere în sine şi speranţă, marcată de disperare, ar putea sta în spatele atât a maniei disforice cât şi a depresiei disforice.După cum, disforia ar fi şi o punte pentru episoadele mixte, cu simptomatologia atât maniacală cât şi depresivă.

### 5.3. Perspectiva antropologiei evolutionist culturale a maniei şi depresiei

Tulburările formale menţionate ar reprezenta specificul deficitului psihopatologic din manie şi depresie care subminează şi dediferenţiază cadrul de organizare al prezenţei subiectului la situaţiile actuale. Situaţii care, în viaţa cotidiană îl afectează semnificativ, angrenându-l în acţiuni şi relaţionări cu obiective şi sens. Deficitul psihopatologic maniacal şi depresiv se instituie după modalităti care tradiţional erau etichetate ca „endogene" iar î prezent se pun pe seama vulnerabilităţii. Adică prin faptul că se autoimpune schema simplificată a unei atitudini dispoziţionale dezinhibat-expansive sau inhibat retractile, în afara unor situaţii care să pretindă o astfel de poziţionare şi manifestare a subiectului în vederea unei rezolvări adaptative. Se petrece astfel o "de-contextualizare" a persoanei, care se manifestă unimodal, ignorând evenimentele care-l înconjoară. Coloratura afectivă rezultă din impunerea rigidă, nivelatoare şi suprapersonală a unei stări dispoziţionale ce însoţeşte de obicei, în perspectivă subiectivă şi dinamizatoare, raportările comportamentale de tip externalizat şi internalizat.

Desituaţionalizarea menţionată mai sus poate fi etichetată şi ca o „ieşire din prezsent"; din prezenţa efectivă, implicată în problematica unei situaţii pe care subiectul o evaluează corect şi la care aderă, rezolvând problemele care-l afectează. Această ieşire din temporalitatea prezentului se realizează printr-o patologică orientare şi alunecare spre trecut în depresie, cu dezinteres pentru tot ce e prezent şi imposibilitatea de a concepe viitorul. Şi printr-o orientare şi alunecare spre trecut, î depresie, cu dezinteres pentru tot ce e prezent şi imposibilitatea de a concepe viitorul. Şi printr-o orientare şi alunecare spre un viitor atoate posibil, sprijinindu-se doar punctiform pe prezent, în manie. Neaderarea la prezent a celor cu patologie dispoziţional afectivă, realizează de fapt o detaşare de lumea cotidiană comunitară, o alunecare în afara acesteia, deoarece situaţiile actuale sunt cele care asigură punerea în legătură cu lumea.

Trăirea de către subiect a prezentului, în sens de prezenţă activă la o situaţie dată cu care el se articulează prin fluxul informaţional nemijlocit, implică viitorul şi trecutul, de care actualitatea se diferenţiază. Trecutul e rememorabil şi reprezentabil, viitorul e proiectat şi sperat, expectat, promis. Din punct de vedere formal, prezentul trăit al cuiva, s-ar putea circumscrie prin implicarea sa în rezolvarea unei situaţii problematice. Acest modelul este însă doar formal, deoarece raportarea activă actuală se articulează de proiecte şi preocupări cu "alte dimensiuni temporale" şi de relaţionare. Ansamblul acestora asigură "adâncimea temporală" a contextului psihic interior, care învăluie prezentul trăit. La fel cum un obiect perceput este învăluit de un context accesibil. (Chenarul....)

Prezentul trăit, evenimentul actual la care subiectul participă are o durată şi o dinamică temporală : el începe, ajunge la un punct culminant, apoi se încheie, cu succes sau eşec; atât pentru subiect cât şi pentru coparticipanţii. De aceea, evenimentul poate fi relatat de martori sub formă de naraţiuni. Pentru subiect, el

poate intra în memoria sa episodică, biografică, prin intermediul narativităţii instanţei metareprezentaţionale. Din perspectivă subiectivă, evenimentul actual ocazionează şi afirmarea valorică a persoanei, în şi prin situaţie; aspect asertiv ce e resimţit autoevaluativ, exprimând stima de sine.

În cazul dispoziţiilor afective anormale, mobilizarea dispoziţională nu mai ajunge să închege firesc şi să susţină scena unui eveniment situaţional, la care subiectul să participe efectiv, printr-o acţiune de rezolvare. De fapt "prezentul trăit" de către subiect nu se mai structurează în aceste situaţii anormale, decontextualizând subiectul. De aceea, perioadele unor episoade maniacale şi de depresie majoră nu se înscriu practic în biografie, rămânând nişte "pete albe" în istoria propriei vieţi.

În sec.XX oamenii de ştiinţă au căutat corelaţii între stările psihopatologice şi fenomene psihice normale. Astfel episodul depresiv clinic a fost apropiat de depresia de doliu, care e un fenomen adaptativ. Omul normal e capabil de a fi trist, fapt ce se petrece aproape automat, în urma pierderilor importante şi a eşecurilor. Deci, depresia e o potenţialitate, o "disponibilitate" de reacţie psihicăumană firească şi adaptativă. Ar urma ca depresia psihopatologică să fie înţeleasă ca o "funcţionare anormală, dezadaptativă" a funcţiei şi disponibilităţii oricărui om pentru depresie.

Acelaşi lucru se poate spune şi despre manie. O astfel de abordare a început să se dezvolte în urma avansurilor psihopatologiei evoluţioniste (culturale) dar şi a sugestiei introduse de psihopatologia developmentală de a diferenţia între manifestări internalizate şi externalizate. Cele internalizate se referă la comportamente de retragere inhibată, de sumisiune şi ascundere, repliere pe sine. Comportamentele externalizate – normale şi patologice – sunt cele expansive, dezinhibate, orientate spre exterior. O astfel de abordare ar putea fi utilizată şi în analiza psihopatologiei dispoziţionale, considerând că sd. depresiv ar deriva din deficitul disfuncţional al schemei dispoziţionale aorientărilor internalizate; iar cel

maniacal din perturbarea celor externalizate. Ne vom opri la această posibilă interpretare, centrându-ne pe comportamentele externalizate cele mai frecvente, abordate ca posibile puncte de plecare pentru tulburarea maniacală.

Ceea ce am putea numi în comportamentul uman manifestări externalizate se manifestă pe mai multe direcţii, precum:

1. Acţiuni realizatoare eficiente ce produc efecte pozitive pentru subiect şi/sau ceilalţi. Acestea se desfăşoară de obicei prin colaborarea cu alţii, fiind integrate în proiecte supraordonate, cu conexiuni şi durate variate. Sunt posibile, desigur, şi acţiuni realizatoare predominent personale, acte creative, performanţe sociale individuale etc.E de reţinut că procesul creativ în genere, cultural şi ştiinţific, se plasează şi el pe această direcţie. Deoarece acţiunile realizatoare sunt extrem de diverse, am putea reţine, pentru apropierea de stare maniacală, unele situaţii speciale cum ar fi: - încordarea şi angajarea psihică globală ce se petrece în ultima fază a unei acţiuni realizatoare importante, când reuşita finalului se întrevede ca iminentă, astfel încât se poate risca, făcându-se un effort suplimentar de mobilizare totală pentru a permite o funcţionare hiperperformantă. Starea de inspiraţie creatoare ar avea aceleaşi caracteristici de vigilitate şi energie crescută, sintetizarea unui număr mare de probleme cu asociaţii anticipatorii rapide etc.

2. Confruntarea beligerantă cu altul necesită şi ea expansivitate ergică, pe un fond vigil şi de concentrare a psihismului pentru a obţine un rezultat pozitiv. Ea are rădăcini în biologie, - de ex. în perioada rutului -, presupune mobilizarea energiilor instinctive, a agresivităţii şi comport riscuri, de unde posibila mixtare cu anxietate. Confruntarea poate fi şi concurenţială, pentru întâietate într-o competiţie, sportivă sau erotică (ultima, putând fi cuprinsă în schema biologică a rutului).

3. Petrecerea de tip sărbătoresc ce urmează succesului şi victoriilor; sau care se desfăşoară cu ocazia aniversărilor şi în contextual carnavalurilor. Petrecerea sărbătorească se însoţeşte de voie bună şi veselie colectivă, într-o atmosferă de dediferenţiere a ierarhiilor, fiind corelată cu dezinhibiţia instinctivă (mâncare

multă, băutură, comportament licenţios); dar şi cu spectacole, cântece, dans, pantomime, bufonerii. Tradiţionala meserie de bufon e corelabilă cu un comportament hipomaniacal.

Sărbătoarea, ce susţine dispoziţia euforică şi comportamentul prosocial superficial al petrecerii, se poate desfăşura ca o consecinţă a succesului într-o realizare (1) sau a victoriei într-o confruntare (2), personale sau collective. Sărbătorile de tip carnavelesc se desfăşoară amplu şi în plan cultural.

Notă. În afara celor trei împejurări menţionate mai sus, poate fi luaţi în considerare – în cadrul specificitătii culturale a existenţei omeneşti – şi (4) condiţia extazului spiritual, prin care subiectul se rezimte apropiat al instanţei transcendenţei (desigur, aspectul "externalizat" şi cel "situational" trebuiesc înţelese în acest caz într-un sens special.

În condiţiile participării la situaţii externalizate ca cele trei de mai sus, (1,3)subiectul îşi actualizează un anumit set de disponibilităţi; şi anume, cele care-l dezinhibă proiectându-l expansiv spre elemente ale lumii exterioare. Funcţiile sale psihice sunt mobilizate şi activate astfel încât să funcţioneze eficient, rapid, ergic. Subiectul e sinton, în acord şi încrezător în sine, angajat optimist într-o realizare din viitorul imediat (1,2) sau în supratemporalitatea sărbătorii colective (3). Grupajul manifestărilor externalizate activează deci un set de disponibilităţi cu caracteristici formale pozitive, care susţin angajarea subiectului în situaţii care-i oferă şansa unei afirmări realizatoare sau a unei integrări comunitare. Nu e dificil să sesizăm apropierea dintre nucleul formal al stării maniacale şi caracteristicile generale ale dispozitivului psihic care gestionează atitudinile şi comportamentele externalizate. Diferenţa e că, în condiţia psihopatologică a maniei se afirmă o structura funcţională (un dispozitiv) deficitar, simplificat, ce nu se mai conjugă cu probleme şi elemente exterioare adecvate.

Aproape orice om are în el disponibilitatea de "a se binedispune" şi a petrece împreună cu alţii, în împrejurările participării la o sărbătoare; iar când aceasta are

loc şi este invitat, el activează această disponibilitate şi se lasă, pentru o vreme, purtat de dispoziţia veselă, euforică, a petrecerii, cu glume, cântece şi dans. Dacă un subiect intră într-o “dispoziţie de voioşie sărbătorească" în absenţa oricărei sărbători, şi se comportă ca atare de unul singur, rânzând, cântând şi dansând în mijlocul activităţii celorlalţi, această de-situaţionalizare se datoreşte foarte probabil unui episode maniacal.

Acelaşi lucru se poate spune privitor la angajarea unei persoane într-un proiect realizator sau creator (2). Acesta trebuie să aibă o bază reală în condiţii situaţionale, astfel incât obiectivul urmărit să se articuleze cu rosturile persoanei date, a existenţei realizatoare şi pentru creaţie e un fapt adaptativ essential al omului. Dacă proiectele se înmulţesc nejustificat iar obiectivele devin prea riscante sau sunt fanteziste, atunci dispoziţiile disponibilităţii externalizate realizatoare se autonomizează putând ajunge să exprime funcţionarea în gol a structurii funcţionale (a dispozitivului) formal al stării maniacale. Disponibilitatea pentru confruntare şi conflict (3) poate urma acelaşi curs.

Pacientul maniacal nu mai e disponibil pentru alt tip de raportare la ambianţa, la situaţii, dacă prin afirmarea sa dezinhibat expansive, tahipsihică şi ergică care-I monopolizează psihismul, aplatizându-i structura se reduce, evident, şi diapazonul de manifestări afective. Dat fiind că subiectul nu mai sensibil la varietatea semnalelor ambientale, el nu mai poate reacţiona la evenimente noi (pe care le ignoră) fiind astfel deficitar în paleta manifestărilor emotive.Cel mai important deficit afectiv se întâlneşte însă în perspectivă relaţională.

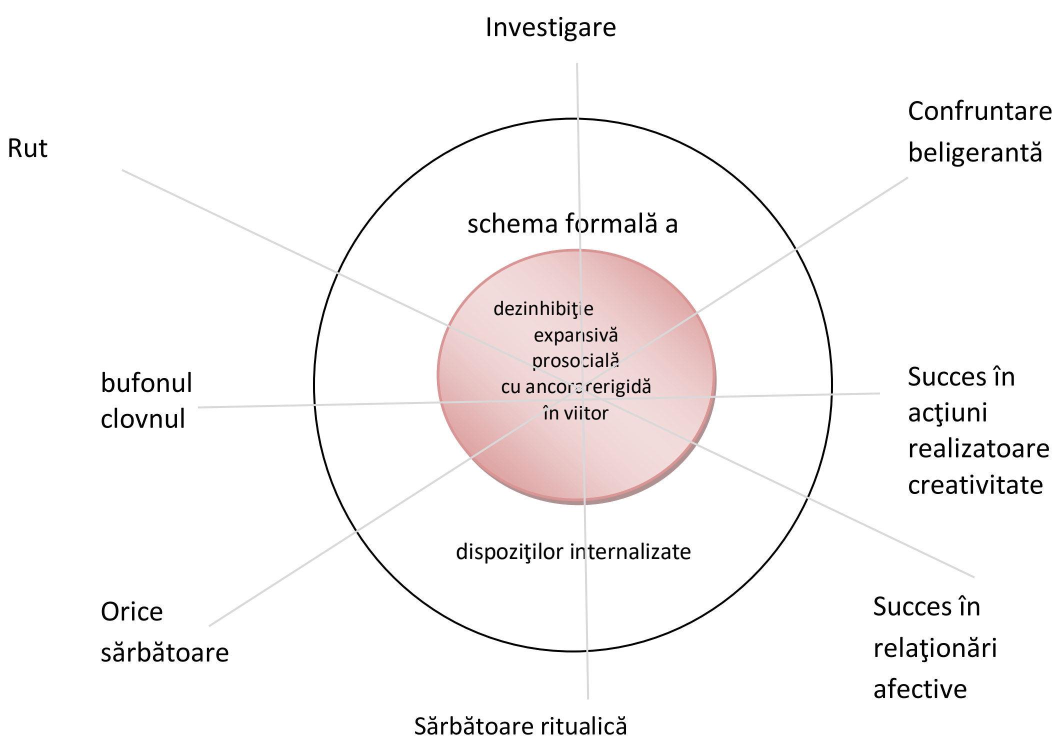
Manifestările externalizate orientează subiectul spre zona publică a vieţii sociale. Starea maniacală prezintă o elaţie dispoziţională euforică – uneori disforică – în care dispare relaţionarea interpersonală apropiată, intimă. Dispare de fapt şi perceperea celuilalt în individualitatea sa de persoană anumită, de care te poţi apropia după anumite reguli şi scenarii. Dispare apoi posibilitatea dialogului. Dar,

mai ales, ataşamentul interpersonal, rezonarea faţă de problemele unei persoane apropiate.Şi, afecţiunea, dragostea.

Tulburarea dispoziţională a maniei se exprimă în mare măsură printr-o afectivitate trunchiată, subiectul fiind absorbit de participarea sa la activităţi sociale şi culturale.

Chenar 36

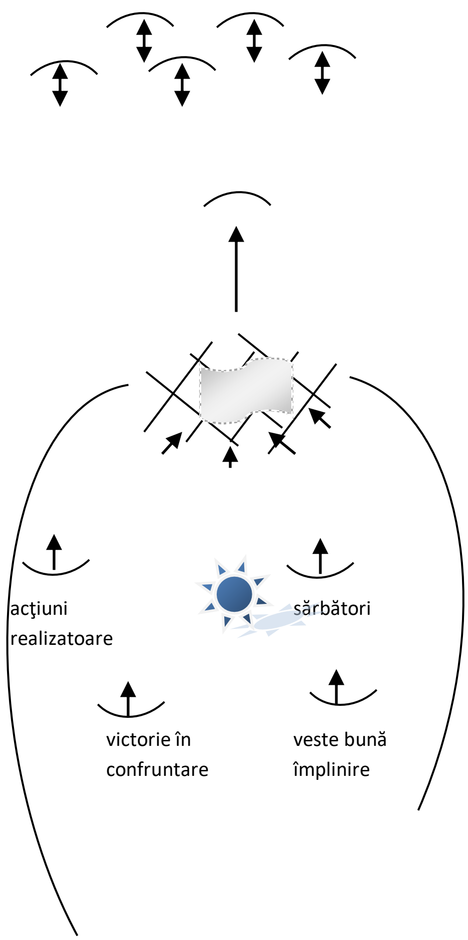
**Circumplex al modalităţilor psihoadaptative care configurează schema dispoziţiilor externalizate**



Chenar 37

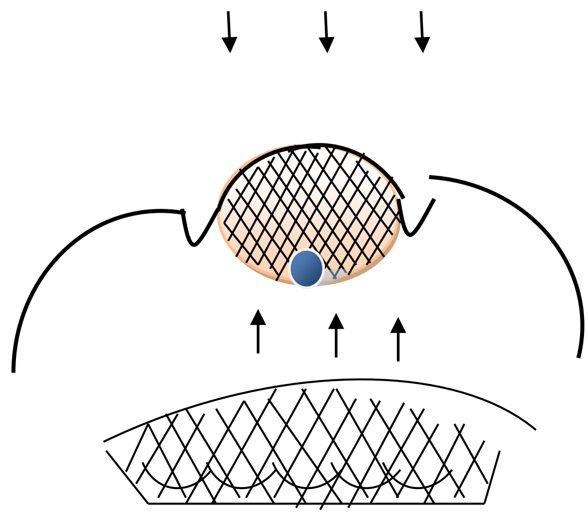
**Condensarea dispoziţiilor în modele rigide ce se impun decontextualizând subiectul**

a. Normalitatea




b. Anormalitatea

Solicitări minore sau nespecifice declanşează schema formală externalizată care acaparează psihismul şi îl decontextualizează



Subiectul dispune de variate modalităţi dispoziţionale în clasa dezinhibiţiei expansive prosociale, care se activează în evenimente prin conjuncţie cu situaţii specifice

Disponibilităţile externalizate se comasează dediferenţiat într-o schemă formală rigidă a dezinhibiţiei expansive

**Mania delirantă**

În cadrul episoadelor maniacale se pot impune idei delirante congruente, cu tematică megalomană, uneori de grandiozitate. Se cere însă ca delirul să fie cu grijă circumscris şi caracterizat, pentru a-l diferenţia de simpla trăire megalomană prin care subiectul se resimte puternic, capabil de a realiza lucruri deosebite. Această crescută încredere în sine şi buna părere despre proprile forţe şi capacităţi, se exprimă de obicei în planuri şi acţiuni hazardate în care pacientul se lansează riscant, fără prea multe deliberări., El cheltuie mulţi bani fiind convins că-i va recupera, contractează variate angajamente, se angrenează în jocuri de noroc sau în aventuri romantic, conduce maşina riscant, etc. Condiţia delirantă începe din momentul în care subiectul se resimte şi se afirmă ca personaj dintr-un scenariu narativ aberant, în care el crede şi cu care se identifică.Grandiozitatea autovalorizării pozitive e caracteristica specific pentru tematica delirului congruent maniacal. Totuşi, se cere subliniat că un delir de grandiozitate nu se întâlneşte doar în manie.

Deseori, maniacalul, încrezător în forţele şi capacităţile sale se transpune în condiţia unui om care va câştiga mulţi bani sau va avea realizări deosebite.

X1 afirmă că a început să-şi scrie memoriile care vor cuprinde 10 volume; şi, din vânzarea cărora va câştiga 10 milioane de dolari, cu care va cumpăra şi reamenaja clinica în care e internat.

X2 e convins că va fi ales preşedinte al Băncii Mondiale iar prin reforma pe care o va introduce va scăpa omenirea de o mare criză economică.

X3 transmite celorlalţi că are în minte un plan de reorganizare a economiei naţionale astfel încât România va depăşi din punct de vedere economic Japonia.

În cele trei situaţii menţionate mai sus, autovalorizarea pozitivă nu constă doar într-un sentiment de capacitate şi încredere în sine crescută, care să ducă la

**Chenar 38**

**Delir de grandiozitate maniacală**

Cazuistică

1. O femeie de 32 ani, după o uşoară stare de retragere depresivă dezvoltă (1985) convingeri delirante de grandiozitate. Este probabil nepoata Regelui Mihai, e spioană internaţională dar colaborează în special cu Uniunea Sovietică unde ocupă locul doi în ierarhia politică. I se cer sfaturi prin telepatie….se simte protejată de puterile străine, în gând i s-a spus că a primit toate decoraţiile din URSS în afară de cea mai înaltă, pe care a văzut-o însă în gând, colorată, frumoasă, atrăgătoare…I se cer sfaturi în numele omenirii, este chemată într-o rezervaţie cu trei cercuri unde va avea tot ce-şi va dori pentru serviciile pe care le face omenirii. În perioada delirantă prezintă bună dispoziţie şi o deschidere spre sociabilitate dar nu tahipsihie dezinhibată, deranjantă, comportament perturbant sau planuri de acţiune fanteziste.

2. Un bărbat de 33 ani dezvoltă în trei luni idei de grandiozitate însoţite de comportament bizar. E convins că are o nouă identitate, inspirat fiind din literatura istorică. El este sufletul bun al lui Napoleon căruia îi va purta uniforma şi în numele căruia va vorbi….Sufletul său cu multe învelişuri e genial, el e omul poporului, un sfânt, are misiunea de a uni biserica catolica cu cea ortodoxă pentru a se închina omenirea la răsărit. Refuză alimentaţia şi obigă familia să facă la fel, pentru a se purifica şi devin fiinţe superioare…logoree, recită poezii.
Evoluează cu multiple internări ulterioare cu episoade maniacale, depresive şi delirante.

3. O femeie de 28 ani intră în 2 luni într-o stare maniacală delirantă. Se simte trimisa lui Dumnezeu pe pământ, acesta a înzestrat-o cu puteri deosebite. Poate prevedea viitorul, fapt ce-l exemplifică prin viitoarele acţiuni ale conducătorilor ţării în relaţie cu preşedintele SUA în diverse scenarii…"Dumnezeu vorbeşte prin vocea mea şi acţionează prin mine"..se simte asemenea Fecioarei Maria.

4. O tânără de 19 ani se internează cu un episode maniacal însoţit de trăiri mistice. Debutul îl descrie astfel: "am început să mă simt puternică şi fericită, toate gândurile din trecut îmi veneau în minte..gândurile fugeau…mi le arunca cineva înapoi..numai gânduri bune…mi le planta în minte….nu erau gândurile mele….mintea mea nu le putea aduce aşa de rapid…vocea îngerului o auzeam în cap..Domnul îmi ştia toate gândurile căci El le ştia pe toate, oamenii ştiu doar o parte..

Evoluţia ulterioară e cu episoade maniacale, depresive şi delirante

angajarea în acţiuni extravagante, ce se derulează aici şi acum; ci, subiectul se transpune în ipostaza unui personaj dintr-un scenariu fictiv în care el va realiza în viitor lucruri excepţionale. Această plasare în viitor e echivalentă cu mutarea într-o lume fictivă în care maniacalul devine acum un personaj special ca poziţie, valoare, capacităţi, acţiuni, toate ipostaziate la un rang exceptional. Important e faptul că el îşi asumă o nouă condiţie identitară.

În prezent ICD-11 (Draft 2018) acordă o importanţă deosebită tulburărilor dispoziţionale (maniacale şi depresive) cu simptome psihotice (delirant halucinatorii), ca o patologie distinctă de cea schizo-afectivă; şi fără a mai diferenţia, ca în trecut, între delirul congruent şi cel incongruent; care traditional era considerat cel incongruent. În perspectivă psihopatologică această ultimă diferenţiere necesită însă atenţie şi o adecvată analiză.

Comparând delirurile dispoziţionale congruente – de grandiozitate pentru manie şi autodepreciere pentru depresie – cu cel paranoid, primul aspect important ce se impune e că tematica congruentă nu e direct nerelaţională. Pentru depresie faptul e uşor de sesizat intuitive, pentru ca pacientul, marcat de retragerea sa social, se repliază pe sine, pe propriul trecut, autodepreciindu-se. El se simte lipsit de valoare şi calităţi, un om care nu mai merită să trăiască, care aşteaptă, doreşte sau chiar îşi provoacă moartea. Autoizolarea în care se transpune rupe orice legătură cu alţii. Tematica hipocondriacă ce însoţeşte depresia e şi ea nerelaţională; şi acceasta chiar şi atunci când îmbracă formula delirului Cotard, de negare a funcţionării organelor. Un aspect relaţional indirect s-ar putea accepta pentru delirul de vinovăţie; dar acesta e de obicei abstract, nefocalizat; pacientul se consider cel mai vinovat om din lume, vinovat pentru tragedia întregii omeniri. Implicarea altora se întâlneşte doar în rarisimile cazuri delirante de ruină şi suferinţă universală, când depresivul recurge la omorârea altruistă a familiei înainte de a se sinucide “pentru ca aceasta să nu-şi continue chinurile”.

În delirul congruent maniacal de grandiozitate, subiectul e fascinat de valoarea şî capacităţile sale excepţionale, ne mai coborând până la problemele celor din jur; de care, prin poziţia sa de superioritate e dezinteresaat. Cel mult raportarea sa la alţii e generic, el făcând, prin capacităţile şi acţiunile sale, un bine întregii colectivităţi, întregii omeniri. Totuşi, asumându-şi unele roluri de personaj important – de ex. de spion sau superpolitician – el poate integra relaţionări cu alte personalităţi sau instituţii publice : preşedinte de stat, şef de organizaţie, policieni, personaje istorice. De asemenea, prin asumarea unei identităţi publice, celebre, el se poate corela cu personake istorice – e fica lui Ştefan cel Mare -, e întruchiparea spiritului lui Napoleon, e reîncarnarea lui Alexandru cel Mare etc. Întreagă această relaţionare se desfăşoară în arie publică şi fictive.

O cu totul altă situaţie întâlnim în delirul cu tematică paranoidă, de atitudine ostilă şi manipulative din partea altora. Această tematică se plasează în centrul universului relational uman, desfăşurat între zona intima şi cea publică.Suspiciunea şi convingerea paranoid de atitudini ostile se poate referi la persoanele familiale, vecini, colegi; dar şi la cele oficiale sau instituţiile cu care subiectul ar putea veni în contact. Apoi, relaţionarea de persecuţie, control şi influenţă se poate desfăşura amplu în plan public, prin diverse organizaţii sau instituţii internaţionale (mafie, servicii de spionaj etc.(, trecând spre personajele politico istorice şi cele supranaturale, extratereştri, spirite, divinitate. Acest evantai larg al relaţionării pe care paranoidia îl cuprinde explică deşi în cadrul acestui sindrom se manifestă perturbarea relaţionării pe axa intim public, prin sentimentul supravegherii, urmăririi, controlului; iar în această direcţie se ajunge – în condiţiile mixtării cu anumite forme de depersonaizare – la fenomene de transparenţă influenţă şi la cee ace se numeşte în prezent simptome de prim rang Schneider – SPR.

În măsura în care condiţia delirantă dispoziţională- de aurodepreciere, vinovăţie, negare de depresie şi megalomania, de grandiozitate din manie – se mixtează cu psihopatologia din aria delirului poaranoid, devin posibile şu

simptomele relaţionale de supraveghere, eventual tranasparenţă influenţă şi halucinaţii auditive comentative (SRTP). Această arie psihopatologică de interferenţa este amplă; şi e ava pretinde o analiză speciaă cu privire la simptomatologia schizofrenă, înţeleasă în sens traditional (a lui Bleuler) ca nerezumându-se la delirul paranoid ci implicând o special depersonalizare dezorganizantă şi autistă (cu simptomatologie netgativă). Pentru primul nivel de abordare dintre patologia dispoziţională şi psihoze, se poate rămâne la nivelul unui delir halucinator care, deşi e relational paranoid, nu implică o pronunţată depersonalizare psihotică.

Interferenţă dintre tb.dispoziţionale şi sd. delirant paranoid halucinator are câteva aspect clinice care se cer precizate.

În primul rând e vorba de distincţia între episod şi tulburare.

În cursul celuiaşi episode pacientul poate prezenta un sd. dispoziţional maniacal, depresiv sau mixt de diverse intensităţi şi, concomitent, convingeri delirante şi paranoid (eventual şi cu alte teme correlative). Structura paranoidiei poate fi şi ea variată în ceea ce priveşte tema de ostilitate propriu zisă, fenomenele de supraveghere (senzitiv relaţionale,urmărire, control de la distanţă a intimităţii, simptome de transparenţă influenţă etc.); prezenţa halucinaţiilor, mai ales cele auditive comentative complexifică tabloul clinic. În măşura în care intervine şi o simptomatologie depersonalizant negativă şi dezorganizantă, se ridică problema unui episode schizo afectiv.

` Pot însă exista până la un punct, succesiv, episoade predominant sau exclusiv afective (sau paranoid) şi altele mixtate; în perspectiva longitudinală s-ar cere evaluarea frecvenţei şi intensităţii componentei affective şi a celei paranoid.

Există cazuri la care debutul poate fi psihotic (mai mult sau mai puţin schizofreniform) iar evoluţia predominant (sau exclusive) afectivă; precum şî invers.

De aceea, cazurile se cer evaluate nu doar printr-un unic episode ci longitudinal.

Pe lângă considerentele de mai sus intervine, mai ales pentru cazul maniei delirante, situaţia apparent particulară a unei tmatici religioase.

Frecvenţa crescută a tematicii religioase în mania delirantă se poate interpreta prin condiţia de grandiozitate pe care o implică această situaţie; pacientul simte că se află într-o poziţie apropiată de fiinţele divine, că a fost adoptat de acestea pentru a îndeplini o misiune special, că persoana sa e folosită pentru a se transmite mesaje omenirii.

Recuzita mitologiei religioase asigură materialul thematic atât pentru aria megalomană a maniei cât şi pentru cea de suferinţă şi autodepreciere a depresiei. În mod traditional idea posedării demoniac a făcut parte din convingerile populare. Descrierile pe care le fac pacienţii sugerează că se poate vorbi de o "posesiune" şi în celălalt sens, de transpersonalizare a subiectului în direcţia contopiri cu personajele divine.

Tematica religioasă, frecventă în mania delirantă, e importantă şi principial, pentru înţelegerea condiţiei psihotice a unor tb.dispoziţionale. Mitologia religioasă e acceptată, în normalitate, ca reală şi funcţională pentru credincioşi. Distorsiunea ce se produce în psihopatologie indică faptul că, o anumită zonă special a dimensiunării psihismului uman, e perturbată. Iar această zonă este una în care ficţiunea e acceptată ca reală, ca valabilă.

Ni se atrage astfel atenţia asupra faptului că transformarea în personaj fictive a delirantului, se bazează pe o dimensiune implicită a psihismului uman normal.

## 6. Delirul şi intrarea pe orbita psihotiformă

### 6.1. Introducere

Pe parcursul sec.XIX s-a considerat că centrul nosologiei psihiatrice reprezintă psihozele endogene ce se organizează în jurul delirului halucinator. Dar pe atunci termenul de psihoză cât şi cei de halucinaţie şi delir erau noutăţi în elaborările semiologilor, care au reactivat expresii mai vechi şi le-au adoptat noii psihopatologii; faţă de care mania şi melancolia aveau o vechime milenară. Pentru delir s-a ajuns deja la începutul sec.XX la o definiţie destul de clară şi comprehensivă ce se foloseşte şi azi: delirul reprezintă convingerea de neclintit a pacientului care nu poate fi schimbată prin dovezi şi argumente, într-o idee falsă, aberantă, care-l separă de viaţa şi lumea comunitară. Cea mai frecventă ta cea a delirului de persecuţie, paranoid. Dar existau şi există multe alte teme delirante cum ar fi cea de gelozie, erotomană, de supraveghere, delirul hipocondriac, dismorfofob, de vinovăţie şi nimicnicie, de grandoare şi creativitate, delir fantatisc narativ sau cu tematică religioasă.

A apărut însă şi o ambiguitate în ceea ce priveşte condiţia delirului, care este exprimată şi în exigenţele „delirului primar" a lui Jaspers. În forma sa pură şi tipică, nemixtată cu alte simptome, delirul se desfăşoară în continuitatea ideaţiei supraevaluate, în marginea comprehensivităţii (de ex. un delir hipocondriac, de gelozie etc.). Dar această variantă nu surprinde specificul „delirului propriu zis" ci doar o etapă premergătoare. La adevărata stare delirantă, la parametrii de specificitate ai acesteia în psihopatologie s-ar ajunge doar odată cu parcurgerea stării de „atmosferă delirantă" (referenţială), pe care o induce „procesul psihopatologic", care prin „percepţia delirantă", marchează „căderea" pe orbita sau în lumea delirantă, psihotică.

Pentru a media dezbaterea acestei problematici considerăm necesară, pentru început, o trimitere la un exemplu aflat de data aceasta nu în perimetrul clinicii

psihiatrice, ci în cel al literaturii europene, cu mult înainte ca delirul să intre în atenţia psihiatrilor. Iar apoi urmărirea drumului prin care psihopatologia a ajuns să se preocupe de delirul monotematic, ipoteticul referenţial al delirului propriu zis. Propriu zis. Şi doar ulterior, abordarea zonei centrale a delirului halucinator, în inimaq orbitei psihotiforme.

### 6.2.Delirul într-o definiţie avant la lèttre

În atmosfera de efervescenţă spirituală a Renaşterii, nebunia a fost magistral comentată de gânditori şi oamenii de litere. Erasmus, în al său **Laudo Stultitia** dă cuvântul acestei nebunii, sub înfăţişarea unui bufon al vremii, cu scufie şi oglindă, pentru a anunţa noua tonalitate a înţelepciunii. O întreagă Antologie întâlnim apoi în opera lui Shakespeare. Hamlet caută să descifreze un mister, să afle un răspuns limpede la o întrebare, la întrebări. E oare el nebun? Sau doar face pe nebunul? Ofelia iubeşte şi nu mai înţelege nimic. Ea înnebuneşte şi se sinucide. Regele Lear e zdrobit de pătimire, de suferinţa patetică pe care i-o determină necredinţa celor două fiice ale sale; şi înnebuneşte. El strigă succesiv: „ Nu mă lăsaţi să înnebunesc, o zei. Țineți-mă, nu vreau să înnebunesc”....”Da, inima mi-aş sparge-o-n-mii de cioburi, decât să plâng.... Nebune, înnebunesc””......şi....”mă tem că mintea-n cepe să mă lase”...pentru ca apoi să-şi piardă într-adevăr minţile. Hai să spunem „într-adevăr”, căci un fel de raţiune, de logică secundă este tot timpul prezentă în ceea ce face şi spune. Cum de altfel el, Regele Lear, este tot timpul însoţit de un „nebun de meserie” – adică de bufon – şi de un „pseudo–nebun”, de Edgar care, în mod deliberat face pe nebunul, pe îndrăcitul. Unde sunt oare acum limitele nebuniei? Vorba bufonului: „înţelepciunea şi prostia se ţin de mână pe muchia cuţitului”.

În această perioadă, cu câteva veacuri înainte ca psihiatria din secolul XIX să se preocupe sistematic de psihopatologia delirului, cultura europeană a Renaşterii a produs o definiţie exemplară a acestuia, ce s-a răspândit în toate mediiile sociale, fiind vehiculată de tipar. Este vorba de condiţia antropologică a

lui Don Quijote, pe care o povesteşte Cervantes în romanul cu acelaşi titlu. Intriga e următoarea:

Nobilul de ţară Quijano, cititor pasionat de romane picarești, consideră, în jur de cincizeci de ani, că s-a transformat într-un cavaler rătăcitor similar cu cei despre care citise, adoptând numele de Don Quijote. El redefineşte lumea care-l înconjoară în conformitate cu noua sa identitate şi cu noul său statut. Un lighenaş de bărbier devine  coiful lui Mambrino, mârţoaga sa e botezată Rocinante şi considerată un cal faimos, o ţărancă din sat devine „Dulcineea din Toboso", Doamna căreia îşi va închina isprăvile. Plecând de acasă ajunge la un han pe care-l declară castel, cerându-i hangiului, ce devine castelan, să-l investească cavaler. Apoi îl zăpăceşte de cap pe bonomul său vecin Sancho Panza şi pleacă împreună pentru a săvârşi isprăvi cavalereşti.

Pe drum se luptă cu nişte mori de vânt considerate a fi balauri, iese victorios într-o bătălie cu un viscain, face penitenţe în numele Dulcineei, intervine în destinul multora, până când, mai mulţi oameni de bine din sat împreună cu preotul şi bărbierul, reuşesc să-l readucă acasă sub iluzia unei vrăji.

Discutând cu preotul din sat, care-şi exprimă neîncrederea cum că cavalerii rătăcitori ar fi făpturi în carne şi oase şi nu ticluiri de basm, Don Quijote se înfurie şi peroreează:

> - „Aceasta e o greşeală în care au căzut mulţi ce nu cred că au trăit astfel de cavaleri pe lume, şi eu de multe ori, cu feluriţi oameni şi în variate împrejurări am căutat să scot la lumina adevărului acest eres atât de răspândit. Uneori nu mi-a izbutit încercarea; alteori, însă, mi-a izbutit, când am sprijinit-o pe umerii adevărului; care adevăr este atât de vădit, încât pot să spun că l-am văzut cu ochii mei pe Amadis de Gauda care era un om înalt la trup, bălan la faţă, cu o barbă frumoasă, deşi neagră, cu căutătura blajină, scurt la vorbă, greu de mâniat şi iute la împăcare".

Dar eroul nostru nu rămâne mult timp în satul său, deoarece soseşte de la Salamanca bacalaureatul Samson Carrasco, care-l informează că povestea sa a fost tipărită în cărţi şi răspândită, iar autorul a promis şi o a doua parte. Astfel încât,

pentru a se putea scrie aceasta a doua parte, Don Quijote pleacă din nou în călătorie cu Sancho Panza. Peste tot lumea auzise de ei, mai ales cei de la curtea Ducelui şi Ducesei, care pun la cale diverse înscenări. Dar cei din jur nu sunt la curent cu noile evenimente pe care eroul tocmai le creează prin recentele sale peripeţii. Împreună cu un haiduc ajunge apoi la Barcelona unde, într-o tipografie, vede șpalturile noii cărţi ce se tipăreşte despre el. După multe peripeţii, fiind înfrânt într-o luptă simbolică, acceptă să se întoarcă acasă, unde renunţă progresiv a se mai identifica cu Don Quijote, îşi redactează în pace testamentul şi moare ca Quijana cel bun.

Povestea se referă deci la perioada de viaţă în care un om cultivat intră în pielea unei noi identităţi, devenind un personaj similar cu eroii de romane şi trăieşte într-o lume populată cu simbolurile şi idealurile acesteia. Eroul e convins de realitatea acestei lumi aşa cum o percepe şi înţelege el, după cum îi mărturiseşte preotului şi afirmă pe parcursul călătoriilor sale (la un han unde aude două persoane ce comentează partea a doua – încă nescrisă – a romanului, o contestă vehement, prezentându-se celor doi ca „Don Quijote în carne şi oase"). Convingerea eroului, pe parcursul cărţii e desigur, într-o „idee falsă", neadevărată pentru persoanele de bun simţ din jur: aceea că eroii de romane au o identitate similară cu cea a oamenilor concreţi; şi că el ar fi un astfel de erou. Ideea falsă în care Don Quijote crede, presupune o nouă identitate de personaj; care, pentru el, are puterea evidenţei. Nici un argument nu-i poate schimba credinţa aberantă, comportamentul său fiind în consonanţă cu aceasta. Delirul se manifestă în acest caz în formă pură, nefiind susţinut de halucinaţii (iluziile sale sunt secundare convingerii delirante şi lumii delirante în care el a intrat). Nu sunt nici fenomene de supraveghere, de manipulare din partea unor forţe străine. „Posedarea" sa nu este din partea unui diavol, a vreunui spirit supranatural; ci de către statutul unui personaj ideal de roman, inserat într-o lume ce funcţionează după anumite reguli

convenţionale specifice, acelui univers narativ. Nu există greşeli de logică, de gramatică sau semantică, iar discursul său e deseori convingător.

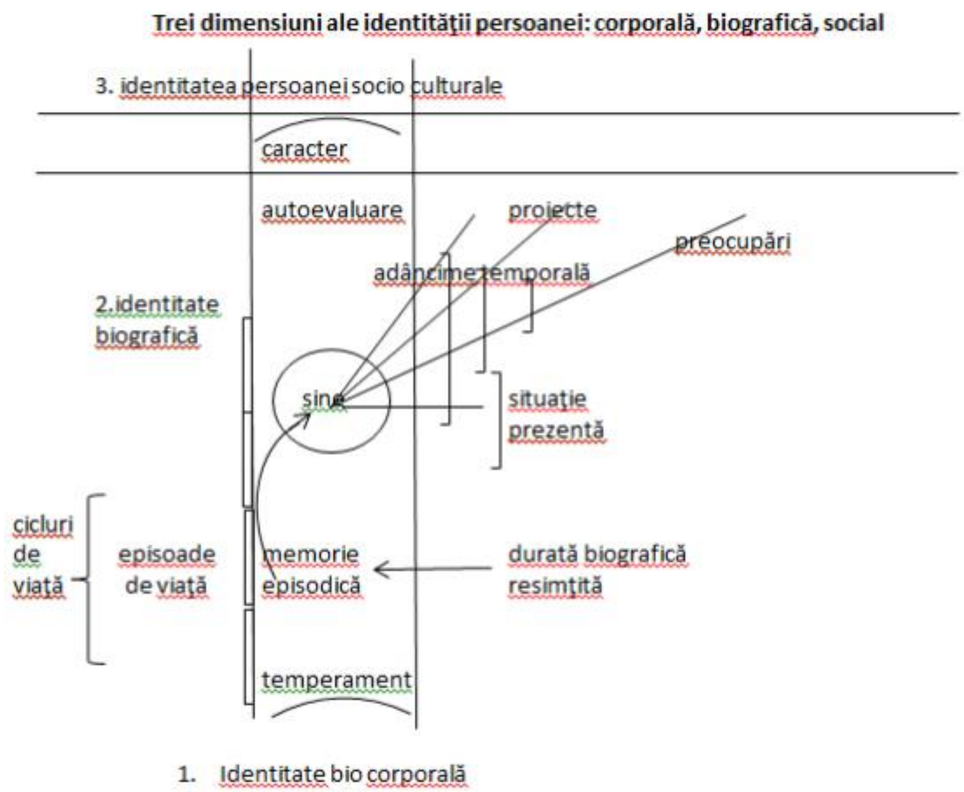
La fel ca întreg romanul.

Peste secole, atunci când delirul va deveni o problemă a psihopatologiei clinice, aceste aspecte vor reapare în discuţie. Dar , articulate cu multe alte faţete ale patologiei psihotice şi lipsite de o aşa de evidentă articulaţie cu eroii de ficţiune. Lectura romanului Don Quijote rămâne însă exemplară atrăgând atenţia asupra faptului că ideea aberantă, falsă a delirantului constă în esenţa ei, în convingerea unei noi identităţi de personaj, cuprins într-un scenariu fictiv.

### 6.3. Convingerea într-o idee falsă a delirantului se referă, în esenţa ei, la o nouă identitate de personaj, cuprinsă într-un scenariu fictiv

Dacă între specificităţile psihismului uman în raport cu cel animal se poate număra acţiunea voluntară şi relaţionarea interpersonală pe diagrama intim/public, cu atât mai mult poate fi invocată structurarea acestuia printr-o biografie identitară. Adică, vertebrarea psihismului persoanei prin limbajul discursiv critic, narativ. Desigur, universul naraţiunilor se extinde de la poveştile sacre ce vehiculează fiinţe supranaturale, la epopee, romane şi în cele din urmă la biografii, ultimele reunind sintetic povestea vieţii câte unui om. Psihismul individului uman, dezvoltat pe fundalul său psihocorporal, nu poate fi conceput fără de istoria sa biografică, latentă sau desfăşurată în relatările altora, prin bârfe, evocări, caracterizări, mărturii istorice, redactări sau cărţi, care pot străbate veacurile. Toate aceste manifestări exterioare persoanei au drept suport referinţa la realitatea nemijlocită a desfăşurării existenţei sale, ce trece prin diverse situaţii şi experienţe odată cu împlinirea proiectelor şi clarificarea preocupărilor identitar relaţionale pe care le are. Iar biografia trăită se instituie ca o dimensiune fundamentală a identităţii personale, care, bazându-se pe memoria biografică, susţine durata temporală de fond a subiectului încarnat, în spatele persoanei sociale. Persoană care e identificată prin

**Chenar 39**




nume, caracteristici demografice, statut, rol, performanţe, opere, caracterizare publică.

Sinele biografic, susţinut de durata memoriei are desigur şi o faţetă subiectivă. E vorba de sentimentul identităţii cu sine şi al autonomiei, al apartenenţei la sine a propriilor trăiri şi decizii, a propriei agenţii. Deci, a convingerii subiectului că el însuşi este autorul ideilor, atitudinilor şi actelor sale. Pornind de la acest fundal, subiectul se angajează în proiecte şi relaţionări, în scenarii dramatice care implică şi pe alţii, împreună cu întreaga sa lume corelativă. Care, în cele din urmă, e clădită pe temelii narative. Trăirea nemijlocită a sinelui, înrădăcinat în corp şi circumscris de persoana socială, se dublează astfel prin ipostaza sa de personaj, rezultat din narativitatea povestibilă a biografiei sale, supusă şi ea autovalorizării.

Încrederea în sine a subiectului se întreţese cu credinţa sa în personajul care e convins el că este.

Odată cu invocarea condiţiei de personaj se cere avut în vedere că, în această direcţie, el se proiectează într-un mediu, într-un „câmp” în care circulă nenumărate personaje, desprinse din realitatea nemijlocită, din istorie, din cărţi, poveşti, mituri. Psihismul omului individual nu poate fi imaginat în afara proiecţiilor sale în „câmpurile” prin care interacţionează cu lumea. După ce în secolul XIX concepţia de câmp, preluată din fizică s-a răspândit în sociologie şi psihologie, configuraţionismul a dezvoltat o amplă teorie a câmpului perceptiv (Lewin). Ulterior, partizanii psihologiei persoanei au vorbit de câmpul relaţiilor interpersonale (Sullivan) iar comportamentaliştii şi cognitiviştii de câmpul acţiunii şi cel al rezolvării problemelor. Când un om este angajat într-un comportament cu scop exercitându-şi funcţiile executive, dacă efectuează o comunicare sau desfăşoară un proiect, se poate spune că pentru el, obiectivul avut în vedere configurează un câmp ce organizează etapele procesului. În sfârşit, psihiatrul Ey a introdus în psihologie şi psihopatologie conceptul „câmpului conştiinţei actuale”. Tinând cont de cele de mai sus, s-ar putea vorbi despre un câmp al personajelor angajate în scenarii care înconjoară subiectul preocupat de starea sa identitară relaţională. Câmp care învăluie şi asigură interconectarea, ca într-un spectacol potenţial, a reţelelor sale sociale, efective şi imaginate.

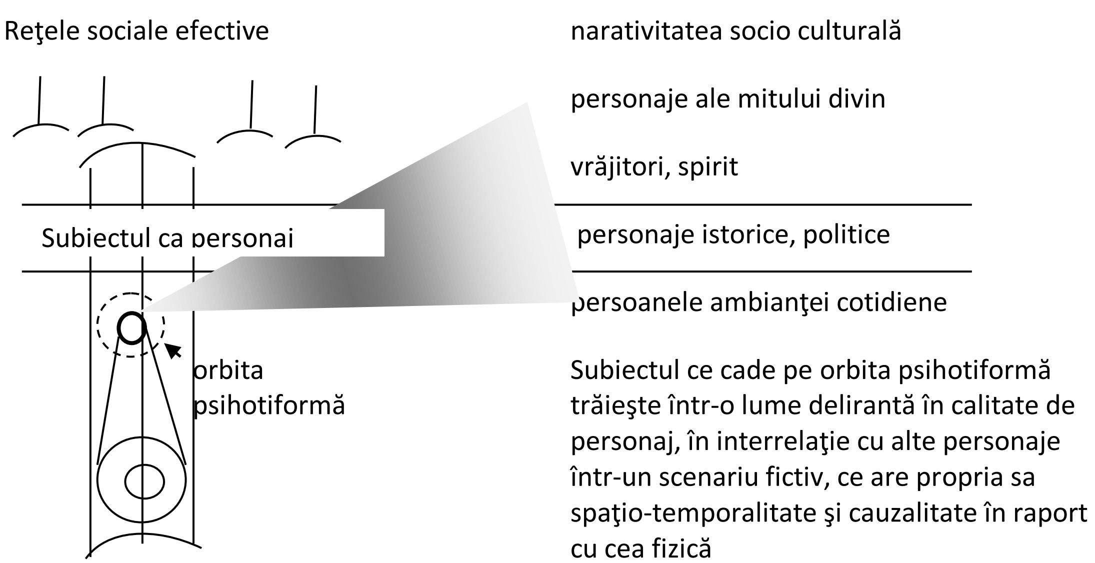
De vreme ce personajele rezultă şi din narativitatea socio culturală, această instanţă a „câmpului personajelor” se instituie ca un strat, ca o atmosferă în care respiră psihismul individual. Iar un astfel de câmp narativ al personajelor ar putea fi considerat şi ca mediul în care se prepară şi se încheagă scenariul convingerilor delirante, ce se desfăşoară după regulile narativităţii. Povestea lui Don Quijote se cere privită şi din această perspectivă.

## 6.4. Delirurile monotematice, la limita dintre două lumi

Când în sec.XIX a început să se dezvolte psihiatria clinică pe baza observării pacienţilor internaţi timp îndelungat în azile, pe lângă deja tradiţionalii termeni de histerie, manie, melancolie, frenitis, demenţă, au început să fie folosiţi şi alţii noi.

Chenar 40

**Lumea delirantă şi câmpul "narativ al personajelor"**




În relaţie cu persoanele-personaje ale ambianţei cotidiene, subiectul trăieşte şi joacă în permanenţă, preconştient, roluri de copil, adult, soţ, părinte, elev, executor al unei profesii, şef de instituţie, subaltern, pensionar, cetăţean ce respectă ordinea publică, rol de om vesel, supărat, furios, bolnav, suferind, persecutat, înşelat, etc. Toate aceste roluri sunt cuprinse în scenariile zilnice.

Între aceştia se cer menţionaţi cei de halucinaţie, delir şi paranoia, - alături de cel de psihoză introdus de Feuctersleben în 1845, - se vor impune ca centrali în noua specialitate medicală a psihiatriei. Expresia de delir (<u>délire</u> în franceză, <u>delusion</u> în engleză) a fost folosită sporadic în secolul luminilor pentru a indica o tulburare de judecată sau înţelegere. Acum, odată cu adoptarea doctrinei celor trei facultăţi ale psihismului uman (intelectivă, volitivă, emotivă), psihiatrii au căutat identificarea

unor stări psihopatologice specifice fiecărei dintre ele; iar delirul se potrivea pentru tulburarea intelectului. Descrierile tradiţionale ale nebunilor erau pline de cazuri ce prezentau idei eronate, fantastice, absurde; dar acestea erau categorisite şi diagnosticate ca variante ale melancoliei sau maniei. Se stabilise chiar o diferenţă, care persista şi pre vremea lui Pinel la începutul sec.XIX: pentru melancolia cea inhibată se considerau caracteristice puţine astfel de teme, cu conţinut negativ şi persistând neschimbate mulţi ani; pe când în expansiva manie, ideile aberante – delirurile deci – puteau fi multiple şi variabile în timp. Către mijlocul sec.XIX se considera însă că poate apare o formă specială de manie, monomania raţională, care ar fi o nebunie parţială, centrată pe o singură temă delirantă; şi că ea poate persista fără o deteriorare grosieră  a judecăţii şi personalităţii. Cele mai importante elaborări nosologice în această direcţie s-au realizat timp de un secol în Franţa şi Germania.

Principala temă a delirurilor monotematice care a fost comentată de la început, mai ales în Franţa, se referă la persecuţie (Lasègue, **Délire de persecutions**, 1852). Clinicienii s-au referit apoi la sistematizarea şi cronicitatea acestei patologii delirante (Magnan, **Le délire chronique à evolution sistematique**, 1886); care se opunea „bufeurilor delirante” scurte, considerate a fi frecvente la persoane vulnerabile, abordate la acea vreme prin doctrina degenerescenţei. S-a mai subliniat faptul că astfel de deliruri pot apare în afara halucinaţiilor, bazate doar pe interpretări patologice (Serieux & Capgras, **Le delire d’interpretation**, 1909); sau pe un imaginar anormal (Dupre, **Delir d’imagination**, 1913). Preocupări similare s-au manifestat şi în Germania prin Grissinger (1845) şi Kahlbaum, care insistă în 1863 că în **paranoia** – adică în psihoza delirantă sistematizată de persecuţie – personalitatea nu e deteriorată. Termenul de paranoia, utilizat în trecut rapsodic în psihopatologie, se impune acum tot mai mult, mai ales prin Mendel, (1883), ajungând să joace un important rol în sistematizarea nosologiei psihiatrice de către Kraepelin la cumpăna dintre sec.XIX

şi XX. În ediţia a IV-a a **Tratatului** său din 1893, profesorul german distingea două forme de paranoia, înţeleasă ca patologie centrată pe delir : 1. Ca sistem delirant persistent cu personalitate intactă, şi; 2. Demenţa paranoidă, (ce va fi etichetată apoi ca *Demenţă precoce*, devenită ulterior schizofrenie paranoidă). În ediţia a VI-a a Tratatului (1894) Kraepelin adaugă o variantă a paranoiei de involuţie; iar în ediţia a VIII-a (1909-1915) introduce conceptul de parafrenie, pentru o patologie delirantă fantastică, încapsulată (cu „dublă contabilitate") la vârsta a treia.

Din istoria problemei face parte şi dezbaterea doctrinară introdusă de Jaspers (1911) în jurul delirului de gelozie; precum şi comentarea de către Kretschmer a „delirului de relaţie senzitivă"; dar aceste probleme se cer abordate separat. Până spre mijlocul sec.XX au mai fost descrise şi alte forme tematice de delir (e.g. cel erotoman sau sindromul Capgras) care se adaugă unei variate cazuistici delirante monotematice cu ideaţie diferită de cea de persecuţie. După mijlocul sec.XX interesul clinicienilor pentru paranoia şi delirurile sistematizate a scăzut mult, ele fiind considerate rare în raport cu schizofrenia, tulburările dispoziţionale şi variantele psihotice ale acestora. În plus, însăşi sindromul delirant a ajuns să fie considerat tot mai diferenţiat, ca tematică, mod de organizare, împletire cu alte sindroame psihopatologice şi manifestări în contexte clinice. După 1980 a reapărut însă interesul pentru această arie psihopatologică şi s-au organizat echipe de cercetare centrate pe Tulburarea Delirantă (Delusional Disorder – DD, e.g. echipa lui Freeman). Sistemele actuale de clasificare a tulburărilor psihotice menţin şi ele respectiva categorie nosologică, căreia i se acordă importanţă ceva mai mare în ICD 10-11 decât în DSM-5. Totuşi şi sistemul american acceptă diagnosticul de **tulburare delirantă persistentă, cu durată de peste o lună, rareori însoţită de halucinaţii congruente şi cu o gândire nedeteriorată. Aşa cum deja s-a menţionat principalele teme sunt considerate a fi : persecuţia, gelozia,**

**erotomania, megalomania (invenţie) şi tematica corporală (dismorfofobie, delir dermatozic, hipocondria).**

Reducerea interesului clinicienilor pentru patologia centrată pe delirul monotematic nu a însemnat însă şi scăderea preocupărilor pentru psihopatologia delirului, care a fost abordată şi cercetată intensiv în ultimele decenii. Studiile teoretice, cazuistice şi experimentale întâmpină însă o problemă metodologică importantă, dată fiind însăşi menţionata poziţie aparte a delirului în psihopatologia antropologică. Aşa cum s-a amintit, la începutul sec.XX Jaspers a susţinut o diferenţă de principiu între „delirul propriu zis”, instalat în urma „procesului psihopatologic” ce implică dispoziţia şi percepţia delirantă; şi, pe de altă parte, stările „deliroide” care apar în continuitatea unor personalităţi anormale, în urma cumulării factorilor stresanţi; sau, sunt precedate de alte fenomene psihopatologice precum halucinaţii, manie, depresie. Conform acestei exigenţe, tulburările delirante pure, care sunt delirurile sistematizate monotematice, ar fi excluse din centrul problematicii delirului; căci delirurile ce apar „procesual” sunt în mod obişnuit însoţite de halucinaţii, fenomene de transparenţă/influenţă, dezorganizare ideo-verbală, autism etc.

Această ambiguitate, privitoare la faptul că esenţa delirului se află într-o zonă în care patologia delirantă nu mai e solitară simptomatologic, persistă şi în zilele noastre. Nu trebuie însă ignorat faptul că pentru delir, tradiţional nu a fost adusă în discuţie o dimensiune antropologică specifică. Fapt care nu e însă imposibil. Ajunge să avem în vedere, aşa cum deja am propus, dimensiunea identitar biografică a persoanei, trăirea aberantă a acestei identităţi de către subiect, din perspectiva resimţirii originii şi stării sale actuale, a valorii şi relaţionărilor sale. Şi apoi, resimţirea anormală a propriei identităţi în calitatea subiectului de autor și actor al manifestărilor proprii în lumea sa cotidiană corelativă. Căci delirul primar al lui Jaspers „mută” de fapt subiectul, identitatea şi raportarea sa la lume,

de pe coordonatele vieţii cotidiene, transformându-l într-un personaj al unei lumi metareprezentaţionale, narative, fictive, similiumane. Lume populată nu doar cu cei cu care suntem în contact nemijlocit; şi cu cei despre care ştim că există efectiv. Ci şi în posibile relaţii cu personaje istorice, de ficţiune, religioase, fantastice. Iar regulile după care se va desfăşura existenţa subiectului delirant, transformat în personaj de scenariu aberant, vor fi regulile lumii narative.  În acest sens Don Quijote ar putea fi considerat un model ideal pentru problematica delirului. Delirurile sistematizate reprezintă doar încrustarea acestei modalităţi narativ fictive în rolurile şi scenariile vieţii cotidiene, de care subiectul nu se desprinde; dar ale cărei limite le forţează.

### 6.5. Delirurile monotematice în varietatea lor clinică

Paranoia lui Kraepelin avea în vedere în mare măsură o cazuistică ce se referea la persoane suspicioase şi luptătoare, cverulente şi procesomane; cazuri care au fost etichetate ca persecutaţi/persecutori. Pornind de la un fapt real minor, subiectul începe o „luptă pentru dreptate” ce implică reclamaţii. De ex. un subiect ce se află în litigiu cu vecinul pentru câţiva metri pătraţi de grădină din cauza unui gard construit – după părerea sa – incorect, fiind nemulţumit de decizia tribunalului local face repetate recursuri la instanţele superioare, neoprindu-se nici la Tribunalul suprem. El intervine cu plângere la însăşi Preşedintele Republicii şi apoi dă în judecată chiar şi Curtea Supremă, la un Tribunal internaţional, cheltuindu-şi toate economiile şi nemai ocupându-se de nimic altceva. Psihiatrul german Leonhard care a scris o carte despre **Personalităţi anormale în viaţă şi literatură** face referire la nuvela lui Heinrich von Kleist, **Michael Kalhaus**, în care e descrisă viaţă unui tăran care, în urma unei nedreptăţi făcute de un nobil, se dezlănţuie intr-o răzbunare ce implică o revoltă populară, urmată de interminabile măceluri. Lupta pentru dreptate depăşeşte orice limită pe parcursul acestei răscoale pe care Kalhaus o conduce fixat pe tema sa de răzbunare. Delirul paranoiac

Chenar 41

**Tulburarea de personalitate din DSM-5, constituţia paranoiacă a lui Genil Perrin şi temperamentul senzitiv a lui Kretschmer**

T.P. paranoidă e caracterizată (în DSM-5) astfel: o permanentă neîncredere şi suspiciune faţă de alţii, astfel încât motivele lor sunt interpretate ca răuvoitoare; trăsăturile de personalitate ale suspiciunii se dezvoltă de la vârsta adultului tânăr şi persistă de-a lungul ciclurilor vieţii, în variate contexte. Ea e indicată prin patru sau mai multe manifestări ca: - suspectează fără suficientă bază că alţii îl exploatează, îi fac rău sau îl înşeală; - e preocupat de îndoieli nejustificate privitor la loialitatea prietenilor şi a asociaţilor; - e reţinut în faptul de a se confesa altora din cauza unei frici neraţionale că informaţiile vor fi folosite răuvoitor împotriva sa; - acordă înţelesuri ameninţătoare unor remarci sau evenimente benigne; - e deosebit de sensibil la insulte, injurii; - percepe atacuri la caracterul şi reputaţia sa care nu sunt evidente pentru alţii; - are repetate suspiciuni nejustificate privitor la fidelitatea partenerului de viaţă sau a celui sexual.

Constituţia caracterială paranoidă descrisă în Franţa la începutul sec.XX de către Genil Perrin se caracterizează prin: orgoliu crescut cu supraestimarea sinelui, egocentrism, autofilie, lipsă de modestie. Predomină neîncrederea, gelozia, rezerva ostilă faţă de alţii, susceptibilitatea. Gândirea e rigidă cu judecăţi selective ce conduc la interpretări incorecte. Subiectul e predispus la permanente conflicte, tensiuni şi izolare socială. Paranoicul descris de Genil – Perrin este hiperstenic, vindicativ, cverulent, revoltat.

Tot în prima parte a sec.XX Kretschmer descrie temperamentul senzitiv. E vorba de persoane astenice, care e epuizează şi se inhibă repede; nu reuşesc să se exprimă si să descarce afectele negative ce le cumulează; ajung în permanenţa la insatisfacţii emoţionale şi sexuale datorită dificultăţilor de relaţionare; au constant sentimentul că nu pot obţine stima şi afecţiunea altora, trăiesc în permanenţă o stare de eşec subiectiv, ajungând neîncrezător în sine şi în alţii, prezintă continue ruinaţii şi sunt mereu suspicioşi.

Paranoicul lui Genil-Perrin şi sensitivul emotiv a lui Kretschmer gravitează în jurul profilului actualei TP paranoidă, DSM-5, dar în perspectiva circumplexului Bakan, priul se plasează la capitolul de mai sus al axei asertivităţii şi dominării, pe care cel de al doilea, la aspectul de joc, în poziţie sumisivă.

monotematic e comentat tradiţional ca instalându-se în urma unei dezvoltări prevalenţiale care uneori porneşte reactiv, de la un eveniment real, relativ puţin important, dar receptat ca suprasemnificat de către subiect. Subiect care are o fire – o structură caracterială – particulară. Evenimentul cu pricina devine astfel pretextul pentru o îngustare majoră a preocupărilor subiectului, fascinat de tema sa, care-l sustrage de la orice altă solicitare şi preocupare. Din această perspectivă uneori devine dificilă clasificarea ponderii pe care o are o nedreptate sau o specială persecuţie a unui om revoltat social, mai ales dacă e vorba de un regim totalitar în care se fac mereu nedreptăţi aproape tuturor cetăţenilor; şi, mai ales ţinând seama de faptul că dezvoltarea prevalenţială centrate de o idee supraevaluată se dezvoltă mai ales la persoane particulare, sau la cazuri cu TP. Pentru cazul dezvoltărilor paranoiace şi a delirului monotematic paranoiac se are de obicei în vedere în prezent TP paranoidă (DSM-5). Dar sunt posibile şi trimiteri în istoria psihiatriei, la constituţia paranoiacă a lui Genil Perrin şi la temperamentul senzitiv a lui Kretschmer.

Dar se cere diferenţiat între însăşi structura anormală a personalităţii, reacţia anormală la un eveniment, dezvoltarea prevalenţială şi închiderea sub orizontul rigid a unui eventual delir monotematic.

Delirul paranoiac, bazat pe suspiciune şi resimţirea unor intenţii agresive din partea altora se poate manifesta nu doar prin expansivitatea luptei în plan social; ci şi pe relaţionarea intrafamilială ostilă. În acest sens poate apărea, mai ales spre vârsta a treia în contextul unui început de deteriorare cognitivă, convingerea că familia vrea să îl otrăvească, pentru a-l moşteni. Pacientul poate interpreta unele dureri abdominale ca efectul otrăvii ce o se pune în mâncare. Alte variante sunt delirul de gelozie şi tematica senzitivă de relaţie, asupra cărora se va reveni.

Paranoia de luptă a procesomanilor – „Kampfparanoia” în germană – a fost încadrată de nosologia tradiţională în delirurile sistematizate de revendicare, care au la bază un tip special de personalitate anormală de tipul celei caracterizate de

Genil Perrin prin: autofilie, lipsă de modestie, rigiditate, susceptibilitate şi neîncredere în alţii. Acest tip de personalitate ce are note de grandiozitate – care îl apropie de TP narcisistă – poate sta şi la baza unor dezvoltări prevalenţiale şi deliruri monotematice cu teme de grandiozitate. În această direcţie, au fost descrişi mai de mult, „idealişti pasionali”, care se dedicau binelui omenirii, luptând de unii singuri – şi în manieră fantastă – pentru teme generoase, ca economia ecologică-„verde”, eradicarea cancerului, fericirea universală. Tot în direcţia megalomană se plasează unii descoperitori a unor noi religii, care în cele din urmă îşi pot recruta 2-3 prozeliţi, care-i urmează, selectaţi din rândul debililor mentali. Sunt apoi descoperitorii care, după mulţi ani de cercetări asidue, găsesc în cele din urmă „Formula Adevărului” sau o variantă de „perpetuum mobile”, „leacul cancerului”, substanţe care îndepărtează moartea ş.a.m.d.

Revenim acum la tematica relaţională de la care am plecat amintind delirul de gelozie. Gelozia e şi ea o atitudine firească şi adaptativă, identificată deja la antropoidele superioare; şi amplu răspândită la homo sapiens datorită rolului ei important în menţinerea instituţiei socio culturale a familiei. Aspectul special al acestui caz este faptul că suspiciunea vizează acum o persoană din anturajul intim, care în mod firesc constituie baza depozitării secretelor personale. În derularea scenariului geloziei normale regăsim toate secvenţele preocupărilor deosebite – ce pot fi prezente şi în cazul semnelor de boală, de ex. între anxietate, fobie, obsesie şi grijă prevalenţială. În DSM-5 gelozia psihopatologică apare ca o categorie plasată în spectrul tulburării obsesiv compulsive caracterizată prin îndoială repetitivă privitoare la fidelitatea partenerului, însoţită de verificări compulsive. Această plasare s-ar explica prin aceea că sistemul de diagnostic american acceptă varianta TOC cu critică (insight) scăzută sau chiar abolită care poate evolua până la convingerea delirantă. Odată ce aceasta se co0nstituie verificările nu se mai plasează în prim plan dată fiind convingerea fermă a subiectului; care, pe această bază ia diverse decizii comportamentale. De ex. un bărbat care-şi suspectează soţia

Chenar 42

- Dragostea, ca relaţie afectivă interpersonală a fost considerată totdeauna o stare aparte, care extrage subiectul din preocupările cotidiene, putandu-i modifica judecata; nu arareori s-a vorbit despre „nebunia dragostei” în general. În perioada Renaşterii s-a descris însă şi o variantă realmente considerată patologică, încadrată în melancolie şi denumită amor hereos”. Culianu reproduce următoarea descriere:

„Boala denumită amor hereos este o angoasă melancolică pricinuită de iubirea pentru o femeie. Cauza acestei afecţiuni constă în coruperea facultăţii de estimare printr-o formă şi figură care au rămas foarte puternic imprimate în ea. Când cineva se îndrăgosteşte de o femeie, se gandeşte peste măsură la forma, figura şi la felul ei de a fi, căci o crede cea mai frumoasă, mai demnă de a fi venerată, cea mai extraordinară şi bine făcută la trup şî la suflet din cate există. De aceea o doreşte arzător uitând măsura şi bunul simţ şi gandindu-se că, de ar putea să îşi satisfacă dorinţă, ar fi fericit. Atât de alterată este judecata raţiunii, încat tot timpul îşi închipuie forma femeii şi-şi neglijează toate activităţile, astfel că de abia aude dacă i se vorbeşte. Şi fiindcă e vorba de o cogitaţie neîntreruptă, ea poate fi definită ca o angoasă melancolică. Semnele sunt lipsa de somn, de hrană şi băutură. Tot trupul slăbeşte, în afara ochilor. Se menţionează de asemenea instabilitatea emotivă, pulsul dezordonat şi mania ambulatorie. Prognosticul este neliniştitor. Dacă nu sunt îngrijiţi, devin maniaci şi mor.

În piesa **Poveste de iarnă Shakespeare** ne prezintă un delor de gelozie instalat brusc, prin intuiţie patologică. Intriga e următoarea: în Sicilia unde rege e Leontes, se află în vizită prietenul său din copilărie, regele Boemiei, Polixene. Când se pregăteşte de plecare, Leontes îl roagă să rămână dar el refuză, acceptând în final la insistenţa soţiei acestuia Hermina. Brusc Leontes intuieşte o legătură între cei doi şi pune la cale cu sfetnicul său Camilius otrăvirea lui Polixene; Camilius i se destăinuie lui Polixene plecând cu acesta.

Leontes îşi închide soţia pe care o acuză de adulter, refuză argumentaţia tuturor bazându-se doar pe convingerea sa intuitivă. În ziua judecăţii Hermina şi fiul săü mor, chiar când solii trimişi la Oracolul din Delfi dau citire răspunsului acestuia de nevinovăţie. În final Leontes îşi recunoaşte greşeala. De fapt, Hermina îi solicitase lui Polixene să rămână doar la insistenţele soţului săü, care nu poate invoca nici un argument pentru eventuala infidelitate a soţiei, decât intuiţia sa bruscă.

Gelozia patologică din Poveste de iarnă e complet diferită de cea la care ajunge generalul Othelo în piesa cu acelaşi nume. Acesta e un ostaş viteaz dar imatur afectiv şi neşlefuit d.p.d.lv. al relaţionării sociale. El se căsătoreşte cu Desdemona, fiica naivă a unui Senior din Veneţia, care-l admiră şi idealizează pentru poveştile sale din războaie. Jago, un ofiţer din Veneţia, om de societate abil, e profund nemulţumit că Othelo îşi alege ca locotent într-o misiune în Cipru pe superficialul dar frumosul Casio, şi nu pe el. De aceea pune la cale o răzbunare pe care o şi împărtăşeşte unei persoane apropiate. Ajuns în Cipru unde e şi perechea Desdemona, Othelo, precum şi Casio, aranjează situaţii în care acesta din urmă să intre în încurcătură, apoi îi sugerează Desdemonei să îi ia apărarea şi induce lui Othelo, treptat, îndoiala cu privire la fidelitatea soţiei. Persuasiunea sa continuă şi manevrarea insistentă a gândirii generalului, îl face pe acesta să îşi amplifice ideea prevalentă de gelozie, mai ales că Jago aranjează şi o “probă materială” (cu o batistă). Bine îndoctrinat de Iago, Othelo o strangulează pe Desdemona şi apoi se sinucide. În acest caz suntem, în faţa unei convingeri induse prin persuasiune şi nu a unui delir.

că întreţine relaţii intime cu şeful ei ierarhic din administraţia locală; apoi incriminează în trădarea soţiei pe toţi bărbaţii din administraţia publică a localităţii astfel încât, după un an de suferinţa decide să se mute în alt oraş. Aici, nu după mult timp, intuiţia şi constatările sale îi indică faptul că soţia a început din nou să îl însele cu şeful ei direct, şi apoi şî cu ceilalţi bărbaţi de la serviciu. Când totul devine insuportabil, decide o nouă mutare. Ajuns în noul oraş se reuşeşte internarea la psihiatrie. În alt registru, un bătrân ajunge să fie convins că soţia îl înşeală cu studentul ce locuieşte la ei în gazdă; convingerea devenind fermă se pregăteşte să o omoare.

„Probele" pe care le invocă gelosul patologic se plasează în mare măsură pe reinterpretarea unor detalii perceptive scoase din context, uneori deformate ca iluzii. De exemplu faptul că partenera dansează sau discută cu un alt bărbat, faptul că zâmbeşte la o glumă a acestuia, că la reuniunile la care soţii merg întâlnesc aceeaşi persoană etc. Expresia feţei, unele comportamente sau formulări verbale, pot fi şi ele detaşate de context şi plasate în argumentaţia „coincidenţelor" anormale ce argumentează gelozia. Procesul e de aceeaşi natură ca toate percepţiile hipersemnificate („salience") din interpretările şi dispoziţia delirantă. Preocuparea tematică poate favoriza (în toate delirurile monotematice) selecţia unor astfel de detalii şi hipersemnificarea lor. Uneori pot intra în joc şi iluzii perceptive (e.g. circulând cu maşina, gelosul vede o femeie intrând într-o casă şi, după talie şi îmbrăcăminte, o identifică cu certitudine ca fiind soţia ce-şi vizitează acolo amantul). Căutarea unor astfel de probe se realizează uneori prin:cercetarea lenjeriei intime a parteneri pentru a decela urme de spermă; - studierea detaliilor comportamentului sexual (e.g. a nivelului de performanţă sexuală); - atenţia la gustul alimentelor pentru a decela eventuala tentativă de otrăvire etc. Un capitol special constă în încercarea de a obţine mărturisiri de la partener cu o insistenţă agresivă, uneori cu terorizare şi maltratare. Poate fi supravegheat telefonul, corespondenţa, deplasările; se pot înscena plecări dublate de spionaj; plasare în

casă a unor sisteme de înregistrare, angajarea de detectivi. Un rol îl pot juca şi imaginările pregnante, receptarea bârfelor, interpretarea comentariilor altora sub forma de aluzii. La fel ca în alte forme de delir monotematic poate interveni şi reinterpretarea unor date din trecut, cărora gelosul le acordă o nouă semnificaţie în cadrul clarificărilor şi „iluminărilor” ce le trăieşte, pe drumul câştigării certitudinii delirante.Probele pe care le adună au însă doar o legătură relativă cu convingerea sa, care evoluează în paralel cu ele. Uneori, deşi convingerea e absolută, gelosul continuă strădania pentru a obţine „dovada absolută, irefutabilă” a infidelităţii.

Întreg acest proces psihopatologic atrage atenţia asupra diferenţei dintre certitudinea perceptivă şi certitudinea tematică (ideatică).

Ar fi de adăugat însă şi rolul pe care-l joacă în gelozie argumentele unor sfătuitori cu care gelosul acceptă să se consulte; şi care pot influenţa semnificativ interpretările şi afirmaţiile sale, chiar manipulându-l negativ (aşa cum se întâmplă în piesa lui Shakespeare „Othelo”).

În aria relaţionărilor intime, o deraiere înspre modelul de trăire de tip prevalenţial delirant, se poate realiza şi în direcţia îndrăgostirii, a unei iubiri anormale şi aberante faţă de o altă persoană. Lăsând la o parte faptul că trăirea specială a dragostei plasează prin ea însăşi subiectul într-o stare particulară, astfel de episoade ale unei iubiri unilaterale, neîmpărtăşită, mereu atrag atenţia asupra unor deficienţe psihice structurale, în capacitatea de relaţionare interpersonală. Episodul se poate manifesta frecvent în debutul psihozelor.

Una din temele delirante descrise la acest nivel este cea a delirului erotoman, care constă în convingerea subiectului că o altă persoană, de sex opus şi cu o poziţie socială înnaltă, s-a îndrăgostit de el, îl iubeşte din tot sufletul şi va face orice ca să ajungă împreună. Tema delirantă erotomană poate fi uşor schiţată, instalată în continuitatea unei dezvoltări prevalenţiale sau inclusă într-un sistem delirant complex, eventual paranoid sau fantast. Subiectul poate elabora – şi furniza altora – diverse argumente pentru comportamentul său. De ex. consideră că

Chenar 43

**Cazuistică**

**Dezvoltare prevalenţial afectivă (erotomană) prevalenţială ce interferează cu delirul**

Caz 5

O femeie de 34 ani, tehnician dentar, necăsătorită, după mai multe locuri de muncă se angajează la un cabinet de oftalmologie, în care activează doi medici, un bărbat şi o femeie. Începe să-l admire tacit pe medicul stomatolog, dar apoi apar stări tensionale şi conflicte deoarece are impresia că acesta are o relaţie cu colega. Îşi dă demisia dar continuă să vină zilnic la cabinet, sub diverse pretexte, mai ales pentru a-l vedea pe domnul doctor. Acesta pleacă în Italia. Începe să-i scrie zilnic email-uri despre ce se întâmplă local şi despre sentimentele ei pentru el, dar nu primeşte răspuns. Într-o zi, mergând cu bicicleta, vede un porumbel alb căzut; în zilele următoare se gândeşte că albul înseamnă puritate, iar faptele ei bune si pure s-au prăbuşit ca porumbelul; porumbelul a fost un semn de la ″el″ (de la medic). Îi scrie medicului că ″îl iubeşte asa cum Petru l-a iubit pe Iisus ″; apoi pleacă în Italia să-l viziteze. E primită cu surpriză şi trimisă acasă. Se întoarce, dar continuă să-i scrie. Ajunge la concluzia că ″domnul doctor a practicat Yoga, ceea ce înseamnă că poate transmite imagini şi vise, ea simte că poate comunica prin gând cu el″. Uneori se simte copleşită de gânduri pe care nu le mai poate controla: ″mi-a fost frică să nu înnebunesc, am început să mă gândesc că toate lucrurile acestea sunt de la el...simţeam că ceva nu e bine cu mine ... simţeam că sunt două persoane ... am simţit că energia universală mă conduce ... îmi place să contemplu stelele ... era pe cer o stea care pălea şi aveam impresia că energia ei s-a transferat la mine ″. Acceptă internarea şi tratamentul. Nu există simptome din seria tulburărilor psihice perceptive sau ale cursului gândirii. Continuă să-l iubească pe medic, cu diverse intensităţi şi cu „gândul , că, ..... există o comunicare şi o reciprocitate”.

Comentariu: Trăirea prevalentă nu este pregnant erotomană în sensul convingerii asistentei că ar fi iubită de medic; propria afecţiune se desfăşoară într-un plan metareprezentaţional, în mare măsură detaşat de parametrii simţului comun, în care se petrece scenariul unei afecţiuni reciproce Planul ficţiunii se impune treptat tot mai mult, prin episoade cum e cea cu porumbelul alb şi cu invocarea practicilor yoga şi a energiei universale. Se menţine însă o suficientă ancorare în realitatea cotidiană cu „frica de a nu înnebuni”.

Erotomania, care a făcut obiectul unor studii speciale a lui Clerambault a fost şi ea deseori invocată în literatură. În cartea sa **Amintiri din casa morţilor** Dostoievski aminteşte de un sărman deţinut condamnat la o teribilă bătaie cu nuiele care era convins că fiica comandantului lagărului este îndrăgostită nebuneşte de el şi îl va scăpa în ultima clipă. Şi care a fost cumplit de dezamăgit când i s-a aplicat pedeapsa.

Shakespeare, în **A douăsprezecea noapte**, pune în scenă un caz de erotomanie, care se dezvoltă însă nu în manieră endogen delirantă, ci prin înscenarea unor cheflii ce vreau să râdă de infatuatul intendent al ducesei Olivia. Conspirând cu servitoarea, îi sugerează acestuia că stăpâna sa e îndrăgostită de el şi plăsmuiesc o scrisoare plină de tâlc a acesteia, pe care Malvolio o găseşte „ca din întâmplare”. Cu aceste argumente, intendentul se consideră îndreptăţit să se simtă adorat de stăpână şi se comportă ridicol, spre stupefacţia acesteia şi hazul conspiratorilor. După încheierea episodului, Malvolio ajunge victima altor înscenări. La fel ca în cazul lui Othelo, argumentarea convingerilor aberante e, în piesa lui Shakespeare, rezultatul intenţiei şi persuasiunii altora; şi nu a unui proces endogen de alunecare într-un scenariu cu rol aberant.

nu îi răspunde la apeluri „de ochii lumii”, când se întâlnesc pe stradă şi respectivul întoarce capul în altă parte o face să nu roşească în public de atâta iubire. O bucătăreasă care e convinsă că medicul ginecolog care a asistat-o la naştere e îndrăgostit de ea, afirmă cu nonşalanţă că va studia medicina pentru a fi demnă de partenerul său.

Există apoi deliruri monotematice cu tematică corporală. În acestea, preocuparea anormală a subiectului e centrată asupra propriului corp, ca reprezentant al sinelui încorporat, a „persoanei corporale”. O variantă tradiţională se referă la Tb.dismorfic corporală, încadrată în DSM-5, la fel ca şi gelozia patologică, în spectrul TOC, datorită repetatelor verificări a detaliilor corporale considerate anormale, deformate. De fapt, sensul preocupărilor pacientului este condiţia sa de a fi urât, diform, fapt ce ar atrage privirea altora, o evaluare negativă şi respingere din partea celorlalţi. Statutul şi rolul de om urât, respingător, neacceptabil, cuprins într-un scenariu de desconsiderare şi respingere, poate fi trăit obsesiv sau prevalent; dar şi cu o posibilă alunecare spre delir. Care se concretizează în pretenţii absurde de intervenţie estetică; sau în comportament procesoman revendicativ faţă de chirurgii ce au „ratat” intervenţiile. Delirul dismorfofob este, desigur, unul centrat pe corporalitate; dar într-un sens în care corporalitatea este trăită ca suportul unei identităţi relaţionale, de prezenţă şi afirmare socială. De aceea se mai cere reţinută componenta senzitiv relaţională ce se manifestă intens în acest caz. Ea joacă un rol important şi în alte cazuri de trăire anormală a propriei corporalităţi, ca în anorexia mentală sau bulimia cu tendinţă la obezitate.

Tot în această arie se plasează aşa zisul „delir senzitiv de odoraţie”, constând în convingerea subiectului că emană un miros neplăcut pe care alţii îl percep, evitându-l; condiţie urmată de încercări de mascare (prin parfumuri) şi de evitare socială. În toate aceste cazuri conduita de evitare se plasează în aceeaşi direcţie ca

în anxietatea socială, scenariul fiind însă acum altfel argumentat. Iar intensitatea manifestărilor atingând pragul delirului.

În grupajul delirurilor somatice mai sunt menţionate şi teme care implică boala. Lăsând de o parte „delirul dermatozic" (Eckborn) ce constă în convingerea pacientului că sub piele circulă insecte sau alte organisme mici, la acest nivel se plasează tematica hipocondriacă.

Preocuparea anormală faţă de o eventuală boală se poate manifesta, aşa cum deja s-a menţionat, anxios fobic sau obsesiv – prevalent. Ea poate să capete şi o formulă delirantă, deseori pe un fundal depresiv şi însoţită de ideaţie de vinovăţie. Subiectul poate formula convingerea: „Sunt bolnav de Ebola şi vinovat că am contaminat întreaga Europă". Corelaţia preocupărilor hipocondriace cu depresia este tradiţională.

O posibilă temă delirantă monotematică este cea a convingerii într-o descendenţa particulară, părinţii naturali nefiind recunoscuţi ca atare. Subiectul consideră că aceştia au fost substituiţi. Sau că alte persoane, cunoscute sau necunoscute, reprezintă părinţii său reali. Uneori pacientul se angajează în căutări pentru a-şi afla părinţii. Sau, presupune că aceştia sunt anumite personaje publice pe care le cunoaşte vag din mass media. Delirul de descendenţă particulară indică evident o incertitudinea identitară. El aduce însă în prim plan şi tema delirantă a schimbării identităţii persoanelor percepute, deseori a celor familiare, fenomen etichetat uneori ca iluzie. Expresia de iluzie Fregoli se referă la convingerea că anumiţi ndivizi au luat înfăţişarea unor persoane cunoscute, de obicei pentru a-l supraveghea; sd. Capgras se referă la convingerea că o persoană familiară din anturajul său a fost înlocuită cu altcineva care seamănă exact cu el. Sd. numit "intermetamorfosis" constă în convingerea că persoanele din anturaj îşi schimbă identitatea între ele. În sfârşit se mai notează rare cazuri în care subiectul e convins că există şi se manifestă în jurul său o dublură exactă a sa (Doppelgänger).

### 6.6. Delirurile monotematice ca şi „cădere simplificatoare” pe structuri formale de rol social, ce se desimplică din preocupările curente

Delirurile monotematice se cer privite, dincolo de sistematica nosologică psihiatrică, şi din perspectiva vieţii cotidiene. În cursul derulării vieţii de zi cu zi subiectul se preocupă constant de unele întrebări sau probleme care-l privesc şi pe care ar vrea să şi le lămurească, privitoare la starea şi relaţionările sale, la condiţia sa existenţială. Astfel de teme pot avea în vedere: sănătatea corporală, (e.g. hipocondria) aspectul şi atractivitatea sa fizică, (e.g. dismorfofobic), valoarea sa în raport cu ceea ce a făcut şi realizat (domeniu în care se pot manifesta de grandiozitate: de invenţie sau misiune specială). Şi la fel, identitatea şi poziţia sa în societate: cine sunt? cum mă poziţionez faţă de strămoşii mei, (e.g. delir de descendenţă ilustră), faţă de statutul meu social?. La fel de interesat poate fi subiectul să clarifice uneori relaţionarea sa cu alţii: fidelitatea partenerului, relaţiile romantice (e.g. delir erotoman) şi mai ales, încrederea ce o poate avea în alte persoane şi instituţii, faptul dacă acestea au o atitudine favorabilă sau ostilă faţă de sine; condiţie care stă la baza paranoidiei. În toate domeniile menţionate subiectul poate avea nedumeriri, întrebări, îndoieli, supoziţii etc.; iar strădania sa va fi spre clarificări şi certitudini. Aceasta este zona din care se decantează delirurile monotematice, precedate şi întreţinute uneori în faza lor iniţială de trăiri anxios fobice, de nesiguranţă şi îndoieli obsesive. Când certitudinea începe să se impună, ea poate trece în prim plan, ca o preocupare prevalentă care face ca restul intereselor, gândurilor şi preocupărilor sale să se plaseze în plan secund, absorbindu-i unidirecţional existenţa.

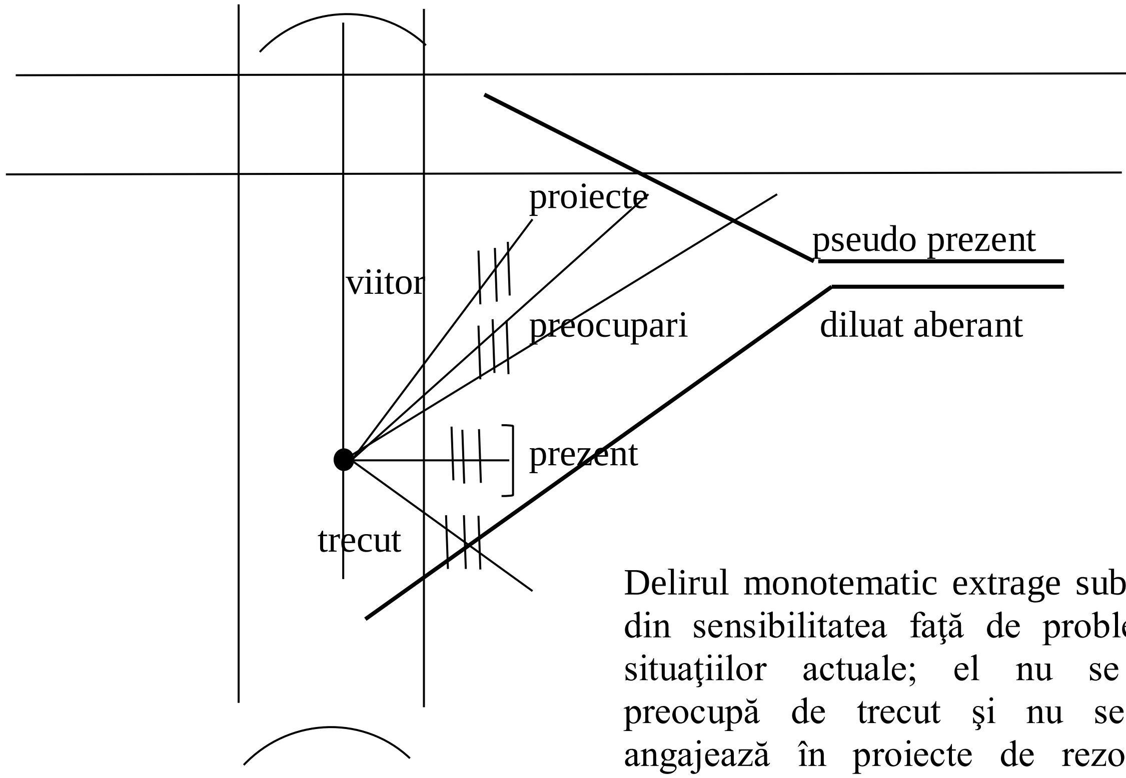
Iar dacă se petrece saltul – sau mai bine zis „căderea” – pe orbita convingerii delirante, fascinaţia faţă de tema centrală devine totală. Credinţa în aceasta devine absolută, opacă la orice argumentaţie şi evidenţă. Şi aceasta, chiar dacă tematica este pentru alţii nu doar falsă ci chiar aberantă, absurdă.

Orientarea preocupărilor în delirurile monotematic

| spre propriul corp | | relaţionare interpersonală | identitatea şi valoarea sinelui |
|---|---|---|---|
| interior | suprafaţa | | |
| hipocondrie | infestare (dermatozic) | erotoman<br>gelozie<br>suspiciune<br>(paranoia) | invenţie<br>bogăţie<br>descendenţă ilustră |
| posesiune<br>zoopatică<br>demoniacă | odorant<br>(emanarea<br>de mirosuri)<br>anorexie-----<br>dismorfic---- | relaţie senzitivă | substituirea<br>familiei<br>(Capgras) |

Dacă delirul a fost definit ca o convingere absolută într-o idee falsă, delirurile monotematice ne arată mai clar în ce constă de fapt această idee. Ea nu se referă la stări de fapt constatabile – de exemplu că afară plouă când nu plouă – sau la adevăruri ştiinţifice, doctrine ideologice sau religioase. Atunci când un delirant e convins că a descoperit perpetuum mobile, nu un adevăr ştiinţific e în discuţie, ci condiţia sa excepţională de personaj creator. Şi la fel, când e convins că a întemeiat o nouă religie, chiar dacă la ea nu aderă decât eventual câţiva debili mintali. Tema delirului se referă întotdeauna la sinele subiectului, exprimând răspunsul aberant la o preocupare privitoare la starea şi identitatea sa relaţională, la poziţia sa în lume. Temele delirante sunt expresia unor problematizări existenţiale, de care subiectului „îi pasă”, care îl privesc în modul cel mai intim şi adânc.. Doar că, acum când ajunge în condiţia delirantă, el se transformă în personaj. Personaj al unui scenariu identitar şi relaţional aberant care-l domină şi-l absoarbe, extrăgându-l din bogăţia şi varietatea vieţii de zi cu zi.

**Temporalitatea delirului monotematic**




Delirul monotematic extrage subiectul din sensibilitatea faţă de problemele situaţiilor actuale; el nu se mai preocupă de trecut şi nu se mai angajează în proiecte de rezolvare, preocupări de clarificat, fiind fascinat de o unică temă, ce-l absoarbe într-un pseudo prezent aberant într-o realitate cvasifictivă.

Transpunerea în condiţia de personaj o trăieşte şi subiectul ce ajunge la convingeri megalomane sau micromane, în cazul episoadelor maniacale sau depresive. În manie şi depresie subiectul este însă „decontextualizat" în raport cu viaţa cotidiană, prin faptul că tulburările formale îl extrag din „prezenţa la prezentul structurat", ierarhizat, pe un fundal, inserat într-un eveniment mundan cu orizont, deschis spre solicitări; şi îl proiectează rigid spre un viitor a toate posibil sau spre un trecut încremenit. Această „ieşire din prezent" se petrece acum, în delirul monotematic printr-un alt procedeu. Şi anume, prin amplificarea exorbitantă a unei teme ce dilată la maximum prezentul; subiectul fiind copleşit de această temă care nu mai suportă nicio altă solicitare.

### 6.7. Paranoidia, supravegherea şi manipularea

Delirul monotematic, inclusiv cel paranoiac al persecutaţilor persecutori, ne menţin, până la un punct, în parametrii de relaţionare ai subiectului cu lumea sa înconjurătoare umană, aşa cum e aceasta structurată în cadrul existenţei cotidiene. Delirul paranoid ne mută însă într-un scenariu care e comparabil până la un punct cu narativitatea ficţiunilor ce se desfăşoară în „câmpul personajeor”. Intrând în universal paranoid în calitate de personaj, subiectul simte că se confruntă cu instanţe sociale generale şi abstracte – aşa cum ar fi Securitatea Statului, CIA, masoneria mondială etc. Şi cu personaje publice, istorice, legendare; sau cu fiinţe supranaturale. Desigur, persoanele din jur şi cele cunoscute nu sunt suprimate, mixtându-se cu cele publice, istorice sau fictive. Iar uneori ele chiar rămân în centrul conflictului delirant. Dar acum, toţi eroii delirului apar pregnant în poziţia de personaje ale unui scenariu predominent fictiv, a cărui conflict se derulează în jurul pacientului, implicând, pe lângă persecuţie, supravegherea şi manipularea. Cum scria Grissinger încă în 1845 (după Berrios):

“Pacientul se crede supravegheat de poliţie, torturat prin electricitate de inamici secreţi, ameninţat de francmasoni, posedat de diavoli şi condamnat la torturi eterne”.

În cazul delirului paranoid, subiectul pierzându-şi arhitectonica existenţei naturale în care funcţionează o structură relaţională bine articulată între viaţa intimă şi cea publică, se simte vulnerabil, la accesul altora spre intimitatea sa. În consecinţă, are impresia că este continuu privit, supravegheat, urmărit, ţinut sub control de la distanţa de către alţii, de către instanţe xenopatice diverse. Căci doar astfel persecutatul se află efectiv “sub puterea celorlalţi”.

Tematica atitudinilor ostile poate îmbrăca şi ea diverse forme prin care pacientul simte că i se poate face rău: atac fizic asupra corporalităţii, rănire, îmbolnăvire, otrăvire, schingiuire, execuţie. Relele pot fi şi morale: denigrare, atac la onoare sau la poziţii sociale, calomniere; sau atacuri asupra bunurilor, familie,

pierderea libertăţii, ostracizare etc. Supravegherea xenopatică din paranoidie se exprimă şi ea variat: - priviri insistente şi semnificative (în cadrul sd.senzitiv de relaţie), urmărire directă sau prin intermediari, spionare, supravegherea intimităţii de la distanţă prin instrumente speciale sau prin mijloace supranaturale, transparenţa gândirii şi intenţiilor intime. Se poate adăuga sentimentul intervenţiei asupra voinţei şi autocontrolului cu influenţare, manipulare ideo afectivă şi motorie de la distanţă. În sfârşit, inventarul aspectelor structurale ale delirului paranoid nu trebuie să ignore cine sunt persecutorii şi autorii supravegherii manipulative: rude, vecini, cunoştinţe, colegi de serviciu, şefi, persoane administrative sau politice, personaje publice ce ocupă diverse poziţii în ierarhia socio-culturală sau istorică, instituţii, organizaţii, asociaţii, diverse entităţi umane sau supranaturale. Prezenţa unor personaje fictive sau din mitologia religioasă pot juca şi ele un rol important în configurarea delirului. Analiza unui delir paranoid presupune deci cel puţin trei clase de fenomene.

| Acţiuni nocive care se întreprind asupra pacientului | Fenomene de supraveghere, control, manipulare | Cine sunt agenţii atitudinilor şi acţiunilor xenopatice |
|---|---|---|
| Atac asupra corpului, îmbolnăvire, otrăvire, omorâre, prejudiciu moral, subminarea poziţiilor sociale, privare de libertate, atac asupra averii, familiei | Supraveghere prin privire (sd. senzitiv de relaţie), urmărire, spionaj, supravegherea intimităţii de la distanţă (cu mijloace tehnice speciale); manipularea de la distanţă, controlul şi influenţarea gândirii, intenţiilor, acţiunii | Rude, vecini, cunoştinţe, colegi<br>Şefi, personaje socio politice, culturale, istorice<br>Instituţii, organizaţii<br>Personaje fictive, supranaturale, reprezentanţi ai mitologiei religioase |

Psihopatologia psihotică delirantă cuprinde deseori, în grade diferite, şi alte simptome ca: halucinaţii, trăiri de derealizare, depersonalizare, transpersonalizare, dezorganizare. Apoi, delirul paranoid se desfăşoară de obicei într-o dispoziţie afectivă anxios fobică.; dar, concomitenţa unor stări depresive iritabile sau de tip maniacal e şi ea posibilă, acestea introducând şi teme ce le sunt specifice. Astfel, grandiozitatea maniacală poate găsi o justificare a persecuţiei în valorile, creaţiile, misiunile sau relaţiile speciale, superioare ale subiectului; sau vinovăţia depresivă se corelează indirect cu persecuţia.

Deoarece delirul paranoid a fost comentat în ultimele decenii mai ales în corelaţie cu schizofrenia, se cere reamintită poziţia iniţială a lui Bleuler când a introdus acest concept nosologic în clinica psihiatrică. El considera că specific tulburării schizofrene e dezorganizarea psihică autistă, delirul fiind un fenomen psihopatologic secundar. În prezent această viziune e revalorizată. De aceea vom comenta delirul paranoid iniţialcât mai distanţat de autism şi dezorganizarea ideoverbală. Aspecte psihopatologice mai particulare aşa cum sunt halucinaţiile, fenomenele de transparenţă-influenţă şi cele de depersonalizare-transpersonalizare, deşi sunt esenţiale în acest caz, vor fi abordate succesiv.

<u>Supravegherea paranoidă</u> are un prim nivel care menţine articulaţia cu relaţionarea interpersonală şi se exprimă prin sindromul de relaţie senzitivă. Acesta a fost descris de Kretschmer în 1919 ca o formă special de delir, corelat unei personalităţi senzitive (astenică, retentivă, neîncrezătoare în sine şi alţii, ruminativă) care trăieşte evenimente ce induc devalorizare, ruşine. Se instalează impresia sau convingerea subiectivului că este privit în mod special de alţii: de vecini, la serviciu, pe stradă de necunoscuţi. Aceştia se uită cu interes, curiozitate şi subînţelesuri, făcându-şi semne din priviri şi zâmbete că se înţeleg între ei, coalizându-se; eventual, şi discută între ei nefavorabil despre subiect, îl

Chenar 44

**Tematica delirantă paranoidă**

Tematica delirantă paranoidă se referă la convingerea neargumentată şi absurdă că alţii – sau diverse entităţi de tip uman – intenţionează să facă rău subiectului; deseori e însoţit de simptome de supraveghere şi control de la distanţă.

Persecuţia şi atitudinea ostilă din partea altora sunt aspecte fireşti ale vieţii cotidiene. Iar pentru o existenţă adaptativă, subiectul trebuie să detecteze eficient astfel de situaţii. Persoanele cu TP paranoidă au UN grad crescut al suspiciozităţii. În raport cu persecuţia şi atitudinile ostile reale pot să se dezvolte reacţii comprehensive normale sau anormale. Persecuţia este şi cea mai frecventă temă delirantă.

Tematica delirantă relaţională se referă şi la gelozie şi erotomanie, care sunt centrate pe relaţii interpersonale intime; precum şi la descendenţa ilustră, care implică familia. Convingerile delirante senzitive trimit spre relaţionarea cu persoane străine, centrate fiind pe o supraveghere specială şi pe o sancţiune situaţională depreciatorie. Tematica propriu zisă a persecuţiei se impune în relaţia persoanei cu un grup uman mai mare, mai ales cu cel instituţionalizat. Ea exprimă eşecul colaborării şi integrării relaţionale, a acceptării sale ca membru al unei comunităţi. Asupra acestui aspect a atras atenţia psihologia evoluţionistă, mai ales după ce cognitivismul a evidenţiat funcţia adaptativă a mentalizării. Aceasta e şi ea o capacitate psihocerebrală umană transmisă genetic, care în urma experienţei maturante din primii trei ani, permite copilului să ghicească intenţiile unei persoane percepute situaţional. Pe această bază oamenii pot elabora strategii de colaborare, deoarece acum pot detecta eventuala intenţie de înşelare a celuilalt; şi îşi pot coordona acţiunile în cadrul grupelor ce acţionează în comun. Iar această cooperare este esenţială pentru hrănire şi apărare; şi în general pentru supravieţuirea indivizilor şi colectivităţilor. Evoluţioniştii consideră că pentru hominizi şi pentru specia homo, excluderea din colaborarea cu grupul echivalează cu moartea, individul neputând supravieţui de unul singur. Homo sapiens a moştenit şi cultivat această sensibilitate la rejecţie şi excludere, probabil de dinaintea perioadei sedentar agricole. Ulterior au intervenit, desigur, şi alte aspecte ale vieţii sociale specific umane, corelate practicilor instituţionale şi ritualurilor religioase. Iar în fundal, practica războiului şi crima, omorârea în cadrul speciei; care e o noutate în biologie. Pe acest fundal psihismul uman a dezvoltat o deosebită sensibilitate faţă de rejecţie şi atitudinea ostilă a grupului social şi a entităţilor instituţionale.

Privind lucurile din perspectiva menţionată mai sus, tematica scenariului delirant paranoid nu se poate reduce la experienţe acumulate în perioada ontogenezei individuale. Desigur, pe parcursul biografic subiectul experimentează ostilitate, rejecţie, persecuţie etc. Dar la fel cum capacitatea de mentalizare are o bază în maturarea unor structuri neurocognitive ale creierului social, sensibilitatea faţă de rejecţia şi ostilitatea socială apare în primul rând ca o matrice spre care psihismul individului ajunge să fie orientat, datorită particularităţilor speciale de deschidere spre experienţe ale creierului său. La fel cum el e deschis spre receptarea şi însuşirea limbajului şi a proiectelor de acţiune.

batjocoresc, râd de el. Viziunea lui Kretschmer pleda într-un fel pentru o continuitate între preocuparea prevalentă a unei persoane vulnerabile ce a trăit o experienţă specifică (Persönlichkeitreaktion) şi delirul propriu zis. Oricum, cazuistica sa se plasa la un pol opus faţă de cverulenţa expansivă a paranoiacului predispus spre luptă, ce constituia nucleul categoriei paranoia a lui Kraepelin.

Delirul senzitiv de relaţie a lui Kretschmer (Sensitivebeziungswahn) nu s-a impus ca o formă aparte, bine individualizată de delir; ci, ca un sindrom ce poate să se manifeste odată cu variate teme prevalente sau delirante. El este prezent în preocupările corporale anormale, ca cele cu punct de plecare în tulburarea dismorfică şi în anorexia mentală atât la niveol prevalenţial cât şi delirant. În delirul paranoid, prezenţă temei senzitive de relaţie sugerează trei funcţii: - cea de supraveghere; - cea de sancţiune negativă, dispreţuitoare, batjocoritoare; - funcţia de "centralitate", constând în sentimentul subiectului că se află în iminenţa unui eveniment deosebit pentru el, motiv pentru care i se transmit mesaje. Sentimentul de a fi privit derivă evident dintr-o situaţie firească, deoarece în permanenţă oamenii se şi privesc reciproc, decelând astfel intenţiile celuilalt. Supravegherea vizuală face apoi parte din practicile educative familiale, ea fiind însă amplificată socio-cultural (în diverse contexte educative sau de supraveghere). În delirul paranoid pacientul are însă sentimentul că este urmărit de instanţe exterioare xenopatice, Urmărirea se realizează de persoane mai mult sau mai puţin cunoscute, de reprezentanţi ai unor instituţii oficiale, organizaţii sau asociaţii – eventual oculte – sau de variate entități socio culturale.

Urmărirea poate fi resimţită în continuitatea sd. senzitiv de relaţie, ea fiind realizată prin privirile unor urmăritori care se furişează pe stradă în spatele victimei; dar care se pot deplasa şi cu trăsuri, automobile sau alte mijloace de transport, inclusiv avioane şi sateliţi. Eventual urmăritorii, organizaţi, se pot schimba între ei pentru continuitatea acţiunii. Acum e vorba de o supraveghere continua şi nu doar conjuncturală. Sentimentul urmăririi se îndepărtează de

**Chenar 45**

## Deliruri cu tematică paranoidă

Ofemeie de 49 ani, muncitoare, văduvă, prezintă brusc (în câteva zile) convingeri delirante de urmărire şi senzitive de relaţie, însoţite de halucinaţii auditive simple şi apelative ("vecinii vorbesc despre mine că sunt prea slabă, oamenii din maşini se uită la mine"…vecinii bat în perete..răspândesc fire de păr prin casă"); încă 2 internări cu aceeaşi simptomatologie până în 2005

O femeie de 55 ani prezintă (1997) un delir cu tematică de urmărire, persecuţie, supraveghere, halucinaţii auditive relaţionale (aude cum alţii îşi bat joc de ea"); încă 5 internări similare până în 2010.

O femeie de 49 ani, căsătorită cu 4 copii dezvoltă brusc (1999) un delir cu tematică de persecuție, otrăvire prin interpretare („vecinii îi aduc o pungă cu ceva otravă") idei de prejudiciu. În anii următori sunt repetate recidive cu delir de otrăvire/prejudiciu și depresie/vinovăție. Ajunge să problematizeze contactul contaminator cu diverse substanțe (detergenți, săpunuri), dar nu dezvoltă o patologie obsesiv-compulsivă ci idei de vrajire din partea vecinilor care o persecută; ideile senzitiv-relaționale și depresie sunt constante la toate internările.

O femeie de 44 ani, angajată, căsătorită cu 2 copii, debutează brusc (într-o săptămână) (2001) cu delir halucinator paranoid : „cineva" vrea să îi facă rău, toată lumea o vorbeşte de rău, se simte vrăjită; aude diverse zgomote care sunt semne ale vrăjilor; halucinaţii olfactive : simte miros de tămâie.

O femeie debutează în 3 săptămâni cu delir de gelozie, persecuţie, urmărire, supraveghere, otrăvire (familia e incriminată), vede o maşină albastră care sigur a venit pentru ea să o ducă undeva; se converteşte la o sectă religioasă. În 2007 complexul paranoid halucinator reapare

O femeie de 30 ani, muncitoare, căsătorită, debutează insidios (într-un an, 1997) cu delir cu tematică senzitivă de relaţie: colegele de serviciu o bârfesc, îşi fac semne, o urmăresc, vor să îi facă rău; dispoziţie anxioasă; recădere peste 1 an.

O femeie de 48 ani, căsătorită, 1 copil, prezintă o patologie delirantă ce evoluează în decurs de aproximativ 2 ani, cu tratament ambulator iniţial şi apoi internare (1993). Ideaţia delirantă paranoidă relaţională, suspiciune, otrăvire, gelozie; halucinaţii gustative şi olfactive, depresie anxioasă (lentoare). Urmează tratament intermitent.

O femeie de 30 ani, muncitoare, văduvă, după un eveniment de viaţă minor (2001) începe să se simtă persecutată, prejudiciată, urmărită pe stradă, privită şi comentată "pe stradă alţii râd de mine", supravegheată acasă ("am impresia că în casă sunt microfoane şi că mi-e ascultat telefonul"); încă 3 internări cu aceeaşi simptomatologie până în 2013.

O femeie de 42 ani, debutează brusc (1999) în două săptâmâni cu suspiciune, idei de urmărire şi persecuţie, e convinsă că "cineva vrea să o drogheze şi îi pune ceva în mâncare, deoarece aceasta are "un gust deosebit", "'duşmanii mă urmăresc să îmi facă rău", are impresia că la TV prezentatoarea îi fixează ochii şi se uită ciudat la ea, crede că e posedată şi trebuie să se ducă la preot…aceleaşi idei sunt prezente la internările ulterioare: 2004, 2007 ("apa are un gust amar, mă uit atentă dacă cineva mă serveşte cu suc sau cafea ca să nu mă otrăvească, mă uit la degetele lor"…"cei din jur vor să-mi facă rău", insomnii, anxietate

universul perceptiv, tinzând spre o convingere de supraveghere constantă în care privirea propriu zisă e secundară. În sd. senzitiv de relaţie percepţia anormală a delirantului se poate referi şi la eventuale discuţii, depreciatoare sau de complot, pe care alţii le au între ei, privitoare la pacient Acestea pot fi transpuse, în delirul paranoid, în halucinaţii auditive propriu zise; sau, halucinaţii funcţionale, în cazul în care ceilalţi discută realmente ceva între ei, persecutatul reinterpretând vagile sunete ce le receptează. În cazul urmăririi resimţite ca supraveghere, trimiterile la date perceptive pot fi minime. Totuşi, în măsura în care accentul se mută spre supravegherea continua a intimităţii, pacientul poate identifica elemente perceptive în preajma sa, care ar putea reprezenta suportul obţinerii unor astfel de informaţii. Odată cu dezvoltarea în ultimul secol a tehnologiei comunicării la distanţă, paranoizii au ajuns să invoce camere de luat vederi, microfoane, TV-ul, calculatorul etc., ca suport tehnic prin care intimitatea le este supravegheată de la distanţă. O modalitate tradiţională este cea a substituirii de persoane. Iluzia Sosia ar consta în convingerea că o persoană apropiată este substituită cu un spion; Iluzia Fregoli se referă la convingerea că un spion ia diverse înfăţişări pentru a fi mereu în apropierea subiectului. Mai intervin apoi entităţi supranaturale; iar în final însă fiinţa divină supremă.Aspect care merită să fie comentat separat.

Condiţia supravegherii continue are şi un punct de referinţă în normalitatea socio-culturală, prin spionaj. Spionajul e instituţionalizat în practica militară; dar şi în relaţiile dintre state în general. Puterea politică are nevoie de informaţii privitoare la statele rivale; dar şi cea privitoare la duşmanii interni, domeniu pe care statele totalitare l-au dezvoltat mult. Sistemul juridic are şi el nevoie de informaţii detaliate, pe care le obţin organele de anchetă, privitor la faptele pe care trebuie să le judece. În societatea modernă nevoia de a cunoaşte în detaliu anumite comportamente ale altora au resimţit-o şi particularii, care au început să-şi angajeze detectivi. Dar, odată cu modernitatea, ordinea socială în ansamblul ei a

început să se organizeze de aşa manieră, încât puterea politică statală centralizată să dispună în permanenţă de un fond cât mai amplu de date privitoare la situaţia cetăţenilor. Supravegherea şi controlul social al individului a marcat – aşa cum analizează Foucault – cultura modernităţii Europei de după Renaştere, care a cultivat ordinea Raţiunii în epoca "luminilor". Statul stimulează acum pe toate căile ordonarea şi supravegherea continuă a cetăţenilor, în toate momentele şi locurile existenţei lor. Şcoala, internatele, locurile de muncă, clinicile medicale, noua variantă de pedepsire juridică prin închisoare, toate plasează cetăţeanul, pe care-l are în vedere poliţia de stat, în centrul unui focar de supervizare. Simbolul acestui sistem l-ar constitui "panopticum-ul" lui Bethan, ce constă într-un fel în închisoare în care indivizii stau în camere fără pereţi despărţitori spre exterior şi în permanenţă luminate; astfel încât oricine poate vedea, oricând, ce fac aceşti indivizi claustraţi, inclusiv în momentele intime ale existenţei lor.

Dacă facem o comparaţie cu ceea ce ştim despre viaţa de zi cu zi din Grecia antică, s-ar putea comenta faptul că în societatea modernă se dezvoltă condiţii culturale speciale pentru ca sentimentul de supraveghere să se infiltreze în conştiinţa tuturor indivizilor; astfel încât, condiţia psihopatologică să-l aducă mai uşor în prim plan, la fel ca pe sentimentul de a fi privit. De altfel, şi acesta pare potenţat în modernitate, care a ridicat la un important rang examinarea publică, periodică şi în diverse împrejurări, ca o condiţie a promovării şi funcţionării în societate. Iar participarea la examenele publice este principala condiţie ce întreţine anxietatea socială.

Modificări ale psihismului uman s-au produs deci în modernitate, nu doar prin dezvoltarea dimensiunii subiectiv reflexive a conştiinţei individuale. La periferia acesteia se insinuează acum şi sentimentul (vag în normalitate) al supravegherii şi examinării publice continue. Şi, de asemenea, cel al posibilei coordonări şi manipulări sociale, suprapersonale. Asupra acesteia a atras atenţia de asemenea Culianu, analizând evoluţia magiei în Renaştere. Magia, ca şi vrăjitoria,

operează, prin mijloace supranaturale pentru a modifica stări de lucruri, atât în natură (de ex. în alchimie) cât şi în viaţa umană. În mod tradițional vrăjitoria era creditată că poate interveni de la distanţă asupra sănătăţii şi dragostei indivizilor. În Renaştere, Giordano Bruno dezvoltă însă ideea influenţării la distanţa a unei mari mase de oameni, prin manipularea erosului, a legăturilor afective în general (De vinculum). Arta manipulării oamenilor este declarată de Bruno o ştiinţă. Iar această ştiinţa s-a dezvoltat mult ulterior nu doar prin propaganda iezuiţilor şi a emisarilor ideologiei oficiale din societăţile totalitare, ci şi prin mijloacele mass media actuale.

Culianu scrie:

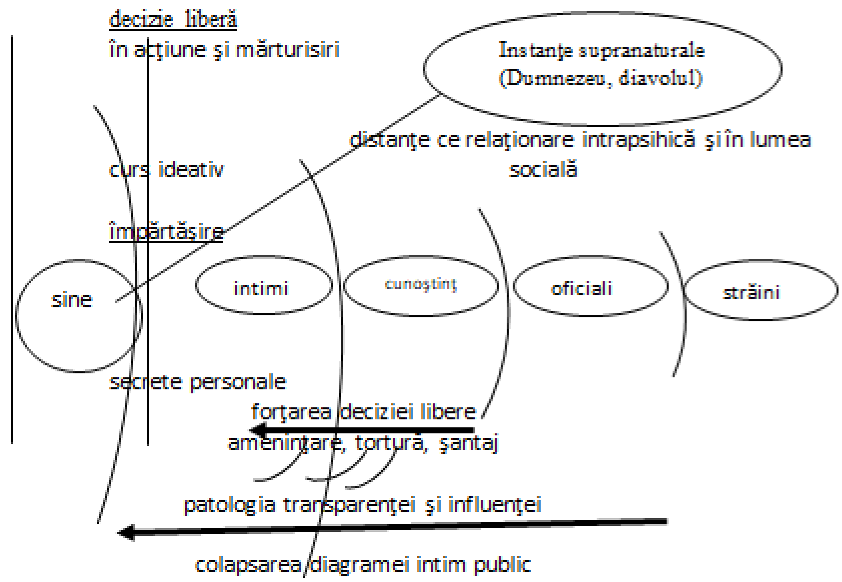
> "Magicianul se ocupă astăzi de relaţii publice, de propagandă, de prospectare a pieţei, de anchete sociologice, de publicitate, informaţie, de contra-informaţie şi dez-informaţie, de cenzură, de operaţii de spionaj şi chiar de criptografie"…

Astfel de abordări istorico-culturale care descifrează psihosociologia omului contemporan, om care-şi derulează existenţa dintre viaţa intimă şi cea publică în condiţiile unei permanente intervenţii de control şi manipulare suprapersonală a intimităţii conştiinţei, sunt importante pentru a înţelege că simptomatologia de supraveghere şi control din delirul paranoid nu apare din nimic. De altfel, formula pe care o introduce modernitatea şi postmodernitatea se dezvoltă pe un fundal istorico cultural în care aceleaşi aspecte se derulau şi mai de mult, în cadrul relaţiei între om şi forţele supranaturale, temă asupra căreia vom reveni.

Ar mai fi de adăugat faptul că, tematica paranoidă e una ce se derulează în contextul unei dispoziţii anxios fobice. Fenomenul supravegherii şi controlului exprimă o distorsiune a spaţialităţii trăite specifică patologiei anxioase. Acum e vorba de spaţiul interpersonal, a distanţelor psihice faţă de alţii, care nu mai poate fi controlat şi stăpânit. Ceilalţi, „duşmanii", au acces direct la zona de apropiere, la zona de intimitate a pacientului, care nu-i mai poate ţine la distanţă.

**Chenar 46**

Normalitate şi patologie în controlul intimităţii




* transparenţă : cunoaşterea de către străini a gândurilor intime prin intuire, ghicire, citire, răspândire (iradiere, difuzare, împrăştiere), sonorizare (în urma spaţializării şi exteriorizării lor), supraveghere (supervizare îndeaproape)

* influenţă : asupra gândirii şi vorbirii: blocarea gândirii (g), retragerea g., inserţia, impunerea g., influenţarea, dirijarea, contrafacerea g; asupra deciziilor, iniţierii acţiunilor, mişcărilor, a emoţiilor, a senzaţiilor corporale

Simptomele de prim rang Schneider pentru diagnosticul schizofreniei (SPRS) cuprind, pe lângă majoritatea simptomelor de transparenţă influenţa şi: halucinaţii auditive sub forma vocilor care-l comentează pe pacient sau a vocilor ce comentează gândurile şi acţiunile sale şi delirul primar

Această perturbare a raportării pe axa intim public îşi atinge maxim în sd. de transparenţă/influenţă în care străinii, ajung să-i cunoască şi să-i manipuleze gândurile cele mai intime.

## 6.8. Delirurile fantastice şi cele mitico religioase; delirul şi lumile ficţionale multiple

Delirul paranoid, inclusiv cel comentat în cadrul schizofreniei, se diferenţiază în bună măsură de modelul sugerat prin romanul lui Cervantes, în care

nobilul de ţară Quijano alunecă într-o nouă identitate, de cavaler rătăcitor – după modelul romanelor pe care le citise – trăind într-un univers de ficţiune, ce doar se intersectează cu cel al oamenilor din jurul său. Chiar dacă am evita cazuistica prea evident marcată de detaşarea autistă şi dezorganizarea ideo-verbală a paranoidiei schizofrene, fantasticul neverosimil a multor scenarii delirante întâlnite în clinicile psihiatrice ne îndepărtează deseori de cursivitatea comprehensivă a beletristicii romaneşti. Dar privind astfel se ignoră dimensiunea mitico magică pe care o introduc în viaţa oamenilor normali poveştile, basmele, literatura de ficţiune şi, mai ales, miturile sacrale. În cele din urmă romanele, cu coerenţa celui scris de Cervantes, s-au impus doar în ultimele sute de ani şi şi-au formulat un ideal odată cu Bildungs romanul german de la sfârşitul Iluminismului, calchiat după modelul unei biografii sistematice. Dar chiar şi genul romanului nu s-a menţinut decât parţial în jurul acestei scheme. Pe când basmele şi legendele impregnează oamenii, încă din copilărie şi adolescenţă, de mii şi mii de ani; şi continuă să funcţioneze şi în zilele noastre prin întreaga literatură şi filmologie science fiction. Se cere însă, mai ales, să nu se ignore miturile sacrale care sunt acceptate firesc de credinţa naturală a oamenilor, ce-şi desfăşoară viaţa de zi cu zi mergând la sfârşit de săptămână la biserică. Cazuistica delirată înregistrează şi astfel de convingeri, deşi ele sunt mai reduse în perioada de sfârşit a modernităţii şi intrare în lumea postmodernă.

Sistematica nosologică a psihiatriei pe care ne-a lăsat-o moştenire Kraepelin prin ultima ediţie (a opta) a Tratatului său, avea în vedere pe lângă demenţa precoce (=schizofrenie) şi paranoia (=delir monotematic sistematizat) încă un cadru nosologic delirant, cel al parafreniei. E vorba de un delir fantastic, confabulator şi uneori expansiv, delimitat şi încapsulat (cu „dublă contabilitate”) ce apare mai ales la persoanele în vârstă. Tot la începutul sec.XX Dupré a descris în Franţa un „delir de imaginaţie”.Deşi o astfel de cazuistică nu mai beneficiază în ultimul timp de o delimitare nosologică bine definită, ea nici nu a dispărut. Asupra

ei ne atrage atenţia recent cazul Breivik, care a ajuns în dezbatere internaţională în 2011, după crima impresionantă ce a produs-o.

> Breivik era convins că este liderul organizaţiei Regilor Templieri şi prin aceasta considera că trebuie să fie pionerul războiului civil european. El urma să fie noul regent al Norvegiei fiind abilitat să decidă cine poate să trăiască şi să moară în ţara sa. În plus, era convins că are responsabilitatea să deporteze câteva sute de mii de musulmani în Africa şi opinia că există o impuritate rasială în Norvegia. De asemenea, lucra la un plan pentru a îmbunătăţi fondul genetic etnic al Norvegiei. Bazat pe aceste convingeri, pe care le postează şi pe internet, el organizează metodic planul crimei pe care o execută pe o insulă unde se adunaseră tineri liberali. La examinările de evaluare psihiatrică forensică nu s-a constatat halucinaţii sau dezorganizare a gândirii. Totuşi, la prima expertiză delirul său a fost considerat bizar, folosirea cuvintelor cu alte semnificaţii în contexte noi au fost considerate neologisme, înregistrându-se şi răceala sa afectivă. Deşi pacientul se considera normal psihic, primii experţi au pus diagnosticul de schizofrenie paranoidă.
>
> Acest diagnostic îl absolvea însă de crimă. În urma protestelor generale s-a trecut la o nouă expertiză, fiind examinat săptămânal de mai multe ori. Treptat, el a început să reducă importanţa Regilor Templieri şi să admită că a exagerat rolul său. Al doilea diagnostic a fost de personalitate narcisistă şi pseudologie fantastică, fapt ce a permis condamnarea.

Cazul Breivik, devenit de notorietate publică prin mass media, demonstrează că în psihopatologia delirului poate interveni narativitatea arhetipală a miturilor şi legendelor. Diagnosticul de schizofrenie paranoidă, care s-a formulat iniţial în acest caz, nu era desigur cel corect. Dar exista la dispoziţia experţilor diagnosticul de Tb.delirantă persistentă din ICD-10 (cod F.22.0). Formularea diagnostică oficială finală este totuşi sugestivă; dar numai în perspectiva zonei în care delirul se agregă. La fel cum se poate ajunge la condiţia unei noi identităţi psihotice delirante pornind de la o personalitate suspicioasă,se poate ajunge şi pornind de la o personalitate anormală narcisită. În cazul în care pacientul are un imaginar bogat, fantast, aşa cum avea Breivik, alunecarea sa în delir se poate agrega pe o identitate aberantă, ce comportă o misiune care să-i salveze patria. Chiar dacă cazul aminteşte de formula Don Quijote transpusă într-un registru sumbru, el este de

menţionat doar pentru ilustrarea variantelor. Un rol esenţial în degajarea dimensiunii specific antropologice pe care se inseră delirul îl joacă însă tematica religioasă.

Tematica delirantă religioasă constă dintr-o convingere de apropiere şi familiaritate crescută cu personajele mitologiei religioase. E vorba în creştinism de Dumnezeu, Isus Christos, Fecioara Maria, Sfântul Duh, diavolul. Evenimentele principale sunt patimile şi răstignirea lui Isus şi sfârşitul lumii; mai intervin prorocii, minunile. Diavolul reprezintă răul şi tentează omul să păcătuiască, uneori posedându-l. Posesiunea demoniacă implică sinele corporal şi e trăită deseori ca o dedublare a psihismului. Pacienţii cu tematică religioasă se simt apropiaţi şi familiari cu Dumnezeu, fapt ce exprimă grandiozitate. Episoadele pot fi marcate uneori de un sindrom maniacal, concomitent cu o tematică paranoidă. Dar simptomatologia specifică maniei - în–sens de dezinhibiţie biopsihică expansivă şi tahipsihie - poate să fie minoră. Cel mai des subiectul se simte alesul special a lui Dumnezeu care-i încredinţează personal misiunea de a lupta împotriva răului, a diavolului şi de a salva omenirea. Odată cu aceasta, fiinţa supremă poate transmite pacientului şi alte capacităţi sau abilităţi lumeşti deosebite. Uneori el se simte intermediarul dintre Dumnezeu şi oameni, Dumnezeu transmiţând mesaje acestora prin propria-i voce. Odată cu situaţia de familiaritate astfel instituită, subiectul se simte protejat în mod special de Dumnezeu. El se identifică parţial cu acesta, mai ales cu Iisus, în poziţia de răstignit; iar fenomenele de transparenţă influenţă capătă caracteristici speciale. Aspectul cel mai important ce se cere subliniat, e transformarea delirantului într-un personaj ce se plasează la acelaşi nivel, în aceeaşi lume fictivă şi supranaturală, în care fiinţează personajele mitului religios.

Religia face desigur parte din viaţa de zi cu zi a oamenilor unei socio-culturi, un procent important dintre ei fiind credincioşii practicanţi în cadrul diverselor culte şi secte. Deşi sacralitatea se referă la un univers supranatural transcendent,

**Chenar 47**

## Cazuistică

### Deliruri cu tematică religioasă; grandiozitate, identificare cu personaje divine

O femeie de 28 ani, angajată, căsătorită, 1 copil, dezvoltă în 2 luni o stare maniacal delirantă : „e trimisa lui Dumnezeu pe pământ; acesta a înzestrat-o cu puteri deosebite, poate prevedea viitorul, fapt ce-l exemplifică cu viitoarele acţiuni ale conducătorilor ţării în relaţie cu preşedintele SUA, în diverse scenarii". „Dumnezeu vorbeşte prin vocea mea şi acţionează prin mine", se simte asemeni Fecioarei Maria.Urmează alte recăderi cu delir de grandiozitate dar şi episoade depresive.

O femeie de 41 ani dezvoltă un tablou psihotic cu dezinhibiţie maniacala şi delir de misiune divină: "E aleasa lui Dumnezeu de la care are misiunea să lupte cu diavolul". Dumnezeu îi spune zilnic ce să facă; "Duhul Sfânt vorbeşte prin mine". Dumnezeu a ales-o să fie un fel de proroc pentru că: "e curată, nu a minţit, nu a preacurvit şi are un semn pe dosul mâinii care indică locul unde a fost cuiul răstignirii lui Iisus…" simte un gust amar de la pelinul dat lui Iisus iar corpul îi miroase a tămâie". Dumnezeu o protejează şi o influenţează, simte gânduri care nu sunt ale ei dar acestea sunt "gânduri date de Dumnezeu","i se citesc gândurile cu ajutorul lui Dumnezeu". Se simte urmărită de oameni, căci oamenii sunt "diavoliţi", îşi dă seama de aceasta căci "simte un fior de gheaţă în ceafă".

Un bărbat de 44 ani evoluează spre psihoză lent, în 2 ani, prezentând un delir de grandiozitate: simte că e trimisul lui Dumnezeu pe pământ, îl simte pe Iisus în corpul lui şi are menirea de a salva omenirea de la dezastru, are puteri deosebite pe care le foloseşte spre binele oamenilor, este vizionar, tot ce gândeşte se şi întâmplă, de aceea evită să citească articole negative din presă sau să se gândească la acestea pentru a nu se produce noi crime şi nelegiuri..pe stradă lumea caută să îl atingă pentru a-i lua din energie, deoarece are puteri supranaturale, lumea îl urmăreşte pe stradă dar şi prin radio şi TV…când a trecut graniţa în altă ţară s-a declanşat o furtună" era un semn ceresc pentru a îl avertiza că nu e bine să părăsească ţara"….când priveşte luna sau Biblia, îl vede pe Dumnezeu, îngerii şi pe toţi sfinţii.

O tânără de 19 ani are un scurt episod maniacal, iar peste un an (1988) se internează pentru o dezinhibiţie maniacală însoţită de un delir mistic. Debutul episodului îl descrie astfel: "am început să mă simt puternică şî fericită, toate gândurile din trecut îmi veneau în minte...gândurile fugeau...mi le aduce cineva înapoi...numai gânduri bune...mi le planta în minte...erau producţia Domnului Dumnezeu, care printr-unmesager, probabil un înger, le punea în mine...nu erau gândurile mele, mintea mea nu le putea aduce aşa rapid...vocea îngerului o auzeam în cap...Domnul îmi ştia şi toate gândurile căci El le ştie pe toate, oamenii ştiu doar o parte....

Episoade ulterioare se manifestă cu tablou depresiv, depersonalizare, trăiri senzitiv relaţionale. Apar şi simptome de transparenţă şi influenţă ce nu se corelează direct cu Dumnezeu, baraj mental, sonorizarea gândirii "îmi aud gândurile cum îmi sună în cap"...."cineva îmi influenţează acţiunile"; la un episod (2008) afirma totuşi că "trăieşte o intimitate cu Dumnezeu care i se dezvăluie şi îi vorbeşte", episod în care e şi erotomană, considerând că o iubeşte un reporter TV.

societatea are instituţii şi practici oficiale ce se ocupă de cultul religios; şi personal care activează în cadrul acestor instituţii. Practicile religioase includ rugăciunea solitară şi colectivă, respectarea postului sărbătorilor religioase, eventual retragerea în solitudine monahală, studierea Bibliei şi meditaţii asupra înţelesului ei. Credinţa poate fi practicată sub forma obiceiurilor împărtăşite de toţi. Dar şi trăită sub forma rugăciunilor solitare. Ea poate fi ocazia unor trăiri speciale: a conversiunii, a iluminării, a revelării adevărurilor credinţei, a sentimentului de păcat şi a practicării penitenţei. Toate aceste aspecte pot avea şi variante psihopatologice, în contextul destructurării psihotice a psihismului.

Specificul tematicii delirante religioase constă tocmai în faptul că subiectul se raportează acum nemijlocit la o instanţă populată de personaje cu totul diferite de cele din aria vieţii sale intime sau publice; precum şi faţă de cele istorice sau narative, de orice instituţii sau organizaţii ce ţin de lumea omenească. În plus, raportarea delirantă la divinitate nu e doar una la fiinţe supranaturale – ca eroii de basm, legendă sau extratereştri. Ci la o fiinţă unică şi a toate puternică; fapt ce marchează major "lumea delirantă" la care psihoticul participă în acest context.

Transpunerea delirantului în realitatea supranaturală a scenariului mitico-sacral, în apropiere, familiaritate, şi interpătrundere cu personajele divine, indică tocmai faptul că "el se mută" în timpul delirului din realitatea cotidiană într-o altă realitate. Această transpunere se petrece concomitent cu menţinerea sa, totuşi, şi în cadrul relaţionărilor din viaţa de zi cu zi, dominată de obicei de convingerea într-o persecuţie paranoidă. Fapt pe care, în aceste condiţii îl poate interpreta ca acţiune a diavolului. Colapsarea delirantă structurii identitare a subiectului îl mută deci în „câmpul narativ al personajelor" la orbita psihotiformă delirantă, rămânând doar parţial, ca un om rătăcit şi pierdut, prin viaţa cotidiană în care locuia înainte.

Subiectul ce trăieşte un delir cu tematică religioasă, fiind de ex. convins că e fiul lui Dumnezeu şi are menirea să salveze omenirea învingând diavolul, se identifică deci cu un rol dintr-un scenariu fictiv, participând la o lume

supranaturală. Pentru el această lume se intersectează constant cu lumea de zi cu zi a familiei, vecinilor, colegilor, trecătorilor de pe stradă; - la fel cum clădirea şi practica Bisericii se intersectează cu celelalte clădiri şi practici ale comunităţii. El poate resimţi că oamenii comunităţii sale îi sunt acum ostili, îl privesc ciudat, îşi fac semne, îl urmăresc, vreau să-l otrăvească, le aude vocile comentându-l.

Prin comparaţie cu rolul de personaj aparte cu care se identifică pacienţii cu delir religios, deliranţii paranoizi sau cu alte tematici nu ne apar la prima vedere ca participând la un scenariu fictiv, supranatural. Totuşi, şi ei se mută în câmpul narativ al personajelor dintr-o lume delirantă. Aceasta, în măsura în care se ia în considerare un spectru destul de larg al psihozelor paranoide, diferă de cea a vieţii cotidiene comunitare. Chiar pacienţii îşi autocaracterizează deseori starea spunând că se simt "ca vrăjiţi". Într-o serie de deliruri, mai mult sau mai puţin bizare dar cu caracteristici narative, ei se raportează la personaje şi la instituţii despre care au cunoştinţă doar prin mass media sau informaţia culturală. Pot apare astfel "mafioţi", "vrăjitori", "extratereştri". Dar chiar un episod delirant paranoid de gelozie sau erotoman obişnuit, în măsura în care se manifestă franc psihotic, mută pacientul din firescul vieţii de zi cu zi într-un "scenariu" aparte, narativ, în care el e proiectat într-un anumit "rol", ca la teatru sau în romane. Scenariul, lumea şi personajele delirului, deşi nu se exprimă ca trăirile din vis, reiau modalităţile fireşti de relaţionare cu lumea – dragostea, suspiciunea, neîncrederea, persecuţia – într-o variantă schematică, neobişnuită; plasată "în marginea" sau "alăturea" de realitatea vieţii cotidiene. Adică, <u>"ca şi cum" ar face parte dintr-o realitate de ficţiune</u>. De aceea merită atenţie recenta sugestie a lui Gallanger (2009) de interpretare a delirului din perspectiva "lumilor ficţionale multiple". Care, în mod obişuit, se articulează, prin consensul narativității culturale, cu viaţa noastră cotidiană. Gallanger scrie:

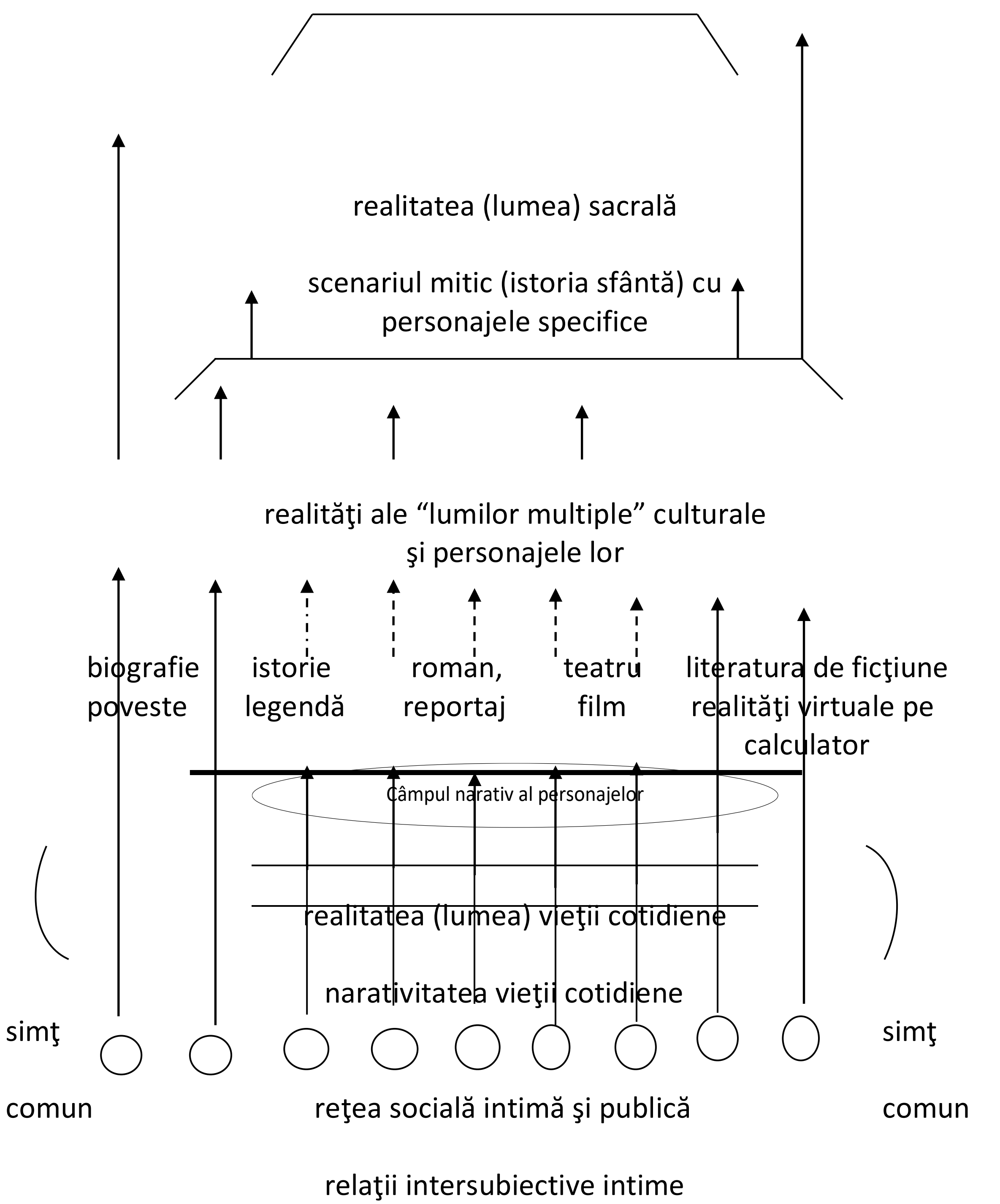
> "Pe lângă lumea în care noi lucrăm, ne câştigăm salariul, ne socializăm, ne bucurăm de viaţa de familie.... mai sunt multiple alte realităţi care ne scot

> din realitatea de zi cu zi. De ex. dacă citesc un roman, merg la teatru sau la cinema sau sunt preocupat de un joc pe calculator, eu petrec câteva ore intrând în diverse realităţi ce mi se deschid prin paginile cărţii, prin scena teatrului sau prin ecranul de televizor...eu pot să mă identific cu unul sau mai multe din personajele din aceste diverse medii. În vis, sau in visul diurn sau în fantezie pot juca activ fiind eu însumi, dar şi ca o variantă modificată a mea, diferită de cea zilnică...la fel....eu pot fi în lumea piesei, a filmului, a jocului şi apoi să mă întorc în lumea vieţii cotidiene...Pare perfect posibil ca cineva să poată intra în realitatea delirantă la fel cum intră în realitatea visului ori într-o realitate ficţională sau virtuală. La fel ca multiple alte realităţi unele realităţi delirante sunt mai mult sau mai puţin rupte de realitatea zilnică, incomensurabile cu legile normale ale raţiuni care guvernează lumea noastră cea de toate zilele. "

Dezvoltând ideea lui Gallanger, se poate sugera că delirul ar putea fi interpretat ca "alunecarea" sau "căderea" subiectului într-un rol schematic şi aberant dintr-un scenariu fictiv, din care el nu se mai poate reîntoarce la condiţia de bază. Identificându-se plin de convingere cu un astfel de personaj şi rol, el reacţionează şi acţionează după o logică specială, valabilă în aria ficţiunii. Dar diferită de cea a vieţii curente. Ideea de "rol într-un scenariu fictiv" presupune acceptarea "lumilor multiple" ca parte constituentă firească a vieţii de zi cu zi a oamenilor. Ceea ce pare destul de firesc, având în vedere acceptarea consensuală şi naturală a existenţei instanţei divine şi a practicilor ce o invocă. Iar această instanţă a lumilor multiple cu care suntem solidari în fiecare zi, se impune ca un câmp de proiecţie narativ, ca scena pe care desfăşurările pe care le proiectăm sau le imaginăm pentru clarificarea problemelor noastre identitare, se articulează, fără importantă discontinuitate cu scenariile ficţionale ale „câmpului personajelor"; de diverse nivele, până la dimensiunea sacrală a acestora. În raport cu personajele mitico sacrale, cele ale narativităţii culturale – teatru, literatură, istorie, biografie – ne apar la prima vedere ca aflându-se într-o poziţie intermediară faţă de realitatea fizico socială a vieţii cotidiene. Totuşi, nu trebuie ignorat că tot "lumea narativităţii" e cea care stă şi la baza mitologiei sacrale.

**Chenar 48**

**Realităţile (lumile) ce sunt la dispoziţia subiectului concret**



Istoricul religiilor Mircea Eliade a etichetat mitul ca “o poveste sacră”, în care oamenii cred, plasând eroii săi într-o transcendenţă creatoare. El a analizat convingător că timpul în care se plasează omul ce participă la un ritual sacral este similar cu timpul ce-l petrece un om când citeşte un roman sau asistă la o piesă de teatru.

Acest timp ţine totuşi mai mult de realitatea profană, nefiind marcat de caracteristica de omnipotenţă, cu care sunt investite personajele din lumea sacrului. Dar atât eroii de roman cât şi cei ai mitului sacral beneficiază de un fel de realitate specifică în lumea umană, în câmpul narativ al personajelor.

Chenar 49

**Timpul mitic al narativităţii literare după Eliade**

Istoricul religiilor Mircea Eliade a subliniat consubstanţialitatea dintre literatura beletristică şi mitul religios luând în considerare temporalitatea specifică acestora. El scrie:

„Ieşirea din timp” realizată prin lectură – îndeosebi prin lectura romanelor – e ceea ce apropie cel mai mult funcţia literaturilor de cea a mitologiilor. Timpul pe care-l trăim citind un roman este, fără îndoială, acela pe care-l reintegrăm într-o societate tradiţională, ascultând un mit. Dar şi într-un caz sau altul ieşim din timpul istoric şi personal şi ne cufundăm într-un timp fabulos, transistoric. Cititorul este pus în faţa unui timp străin, imaginar, al cărui ritm variază la infinit, căci fiecare povestire îşi are propriul ei timp, specific şi excesiv. Romanul are acces la timpul primordial al miturilor, dar, în măsura în care povesteşte o istorie verosimilă, romancierul invocă un timp în aparenţă istoric, dilatat sau condensat însă, un timp care dispune de toate libertăţile lumilor imaginare”.

După Eliade, M., Aspecte ale mitului

Deliranţii din zilele noastre evoluează rar după modelul lui Don Quijote. Dar convingerea că sunt persecutaţi de instanţe supranaturale, de organizaţii malefice internaţionale se menţine. Şi la fel eventuala legătură cu marile personalităţi politice ale vremi, uneori cu personaje istorice, cu extratereştri şi nu rareori cu

**Cazuistică**
**Deliruri cu caracteristici narative**

Un tânăr de 19 ani se internează (1996) în regim de urgenţă într-o stare de agitaţie delirantă: e convins că este o persoană importantă peste care a coborât Duhul Sfânt şi care va scăpa ţara de dezastru, lumea îl priveşte mai intens datorită importanţei sale; există o persoană în oraş, o vrăjitoare care îl supraveghează şi care îi cunoaşte gândurile şi poate să-i transmită gânduri. Apoi, tematica se centrează pe relaţia cu diavolul; de fapt, cu o armată de draci care e în strânsă legătură cu o vrăjitoare. Descrierile pacientului, deşi uneori cu marcate alunecări narative fabulatorii, se menţin de-a lungul anilor în acelaşi univers, cu aceleaşi personaje.
Prezintă pseudohalucinaţii auditive imperative şi comentative: o voce de femeie îi comandă ce să facă; această voce a fost făcută prin vrăji şi introdusă în cap tot prin vrajă de către vrăjitoare care e în armata de draci şi care acum e în iad. Vocea comentează şi acţiunile pacientului, îl critică, îi vorbeşte urât pe cei din jur; uneori o poate controla şi când îi spune „taci voce" aceasta se opreşte;în urmă cu un timp vocile i-au ordonat să-l lovească pe tatăl lui asigurându-l că nu va păţi nimic, el l-a lovit şi a fost internat în spital. De atunci i se împotriveşte când îi comandă ceva.
A fost într-un război cu armata de diavoli încă din copilărie, diavolii îi întindeau tot felul de capcane, în timpul războiului dracii controlau pământul; lui i-au dat injecţii letale, prin intermediul medicului psihiatru care era controlat de draci, dar el a câştigat războiul, satana i-a răspândit pe draci în deşert, dar a mai rămas un drac pe pământ care îi tot întinde capcane şi îl urmăreşte; a apărut şi la TV şi i-a spus pacientului „biserica e spital".El e o persoană importantă, nu ştie dacă Împărat sau Comandant, dar este protejat de Dumnezeu ori de Biblie. E o persoană importantă deoarece Împăratul a însărcinat-o pe mama lui aşa cum a fost însărcinată Fecioara Maria şi astfel s-a născut el; iar peste 10-20 ani, Împăratul va trimite o navă să plece acasă, în Împărăţie sau Paradis, nu ştie exact.

Un bărbat de 27 ani, necăsătorit, fără ocupaţie, în 2012 (25 ani), primăvara, în câteva săptămâni simte o schimbare, că se transformă într-un duh, e în centrul atenţiei acasă şi pe stradă. Se întâmplă evenimente deosebite: mama îi sărută mâinile; bătând din palme el aprinde luminile în oraş; totul se precizează la un moment dat: simte cum bate vântul în oraş şi odată cu vântul „a venit credinţa"; era credincios dar la intrarea într-o biserică s-a deschis uşa singură, simte o cruce pe frunte, a auzit voci care au zis „acesta e fiul lui Isus Cristos"; unele voci erau cunoscute, dar erau ale Mafiei Ruseşti, se simte urmărit de „celebrii anonimi", simte că are puteri deosebite, să spele creerul şi sângele altora; opreşte oamenii pe stradă vorbindu-le despre Dumnezeu şi credinţă. La un consult psihiatric simte că are un personaj mic şi alb în burtă cu care psihiatrul discută; medicul îl omoară şi îl invie; urmează tratament ambulator.
Peste un an (2013) simte şerpi care umblă pe el şi intră în el, erau doi şerpi principali, a intervenit şi o „văduvă neagră" care în interpretarea sa e „un şarpe pe liniile de tren CFR, care se urcă pe el şi umblă în organele interne"; auzea cum vorbesc nişte voci, care traduceau ce vorbea Mafia; se simte urmărit – o nouă internare în spital.
În 2014 se internează pentru: agitaţie, halucinaţii vizuale şi auditive: personajul ce intervine halucinator este Vlad Tepeş (pe care îl descrie fizic amănunţit), e în corelaţie cu Mafia, îl muşcă (simte o pişcătură la nivelul inimii), şi îi dă sânge de la el, aşa că are sânge regal. Vlad Tepes îl consideră ca şi pe copilul lui, îl trage în ţeapă, îi dă să bea sângele lui însuşi şi îl învie, vine de 7-8 ori pe zi la el, vorbeşte cu „cei doi oameni care sunt în el (unul în burtă altul în piept)", sfârşitul lumii va veni în 2093, a fost la el şi Isus Cristos; s-ar părea că părinţii lui nu sunt adevăraţi, că probabil se trage din Mafia rusească, este copilul lui Stalin şi a lui Vlad Tepeş.

Dumnezeu şi persoanele divine. Narativitatea ficţională în care ne plasează lumea deliranţilor odată cu „câmpul personajelor”, trimite spre ideea că, ceea ce iese la lumină în cazul acestei stări psihopatologice, ar fi valenţa general umană de a se identifica cu eroii de ficţiune (de romane, mit) cu ocazia lecturii sau participării la ritual. Şi, într-un sens profund, cu capacitatea de a elabora romane, fie ele şi cu tematică autobiografică, în manieră mai realistă sau mai fantastică implicând uneori supranaturalul şi istoria. Poate că preţul pe care omenirea îl plăteşte cu patologia delirantă este cel pentru şansa de a avea mari romancieri, inclusiv de science fiction, mari dramaturgi, creatori de basme şi mari vizionari mistici.

### 6.9. Delirul şi dimensiunea narativă a identităţii persoanei

Trimiterea la “realităţile multiple” sugerează luarea în considerare a caracteristicii şi dimensiunii de rol şi de “personaj” a subiectului ce se simte implicat în scenarii narative. Narativitatea este consubstanţială structurii psihismului uman. Cel puţin după Renaştere au început să se scrie tot mai multe biografii şi autobiografii, reactualizându-se încercările antice de a consemna istoriile de viaţă ale oamenilor celebri. Faptul că orice subiect relatează altora evenimente pe care le-a trăit, a fost corelat de psihologia mai recentă cu memoria biografică, care este suportul identităţii persoanei.

Când la cumpăna dintre secolul XIX şi XX au fost în vogă personalităţile multiple, a apărut evident că memoria biografică susţine identitatea persoanei; astfel încât şi în prezent în cadrul Tulburărilor disociative, Tb. mnestice îşi găsesc un loc alături de cele de identitate. La începutul secolului trecut, Janet a încercat să definească dimensiunea prezentului trăit ca o acţiune pe care un subiect o realizează astfel, încât o poate relata ulterior. Trăirea prezentului ar fi deci corelată cu potenţialitatea transpunerii sale în narativitate. Ulterior, în sec.XX s-au dezvoltat doctrine filosofice care au pus accent pe structura narativă a persoanei, mai ales din perspectivă etică, aşa cum sunt cele ale lui McIntyre şi Ricouer. Au

urmat grupe de cercetători care au încercat să elaboreze o doctrină narativă a persoanei, ce a rămas deocamdată în stadiul de proiect. Importanţa sa constă în faptul că, în conformitate cu această perspectivă, narativitatea biografică firească a oricărui subiect se poate articula cu narativitatea literară a biografiilor şi istoriilor. Precum şi de cea a lumii de ficţiune: a dramaturgiei romanelor, legendelor şi miturilor.

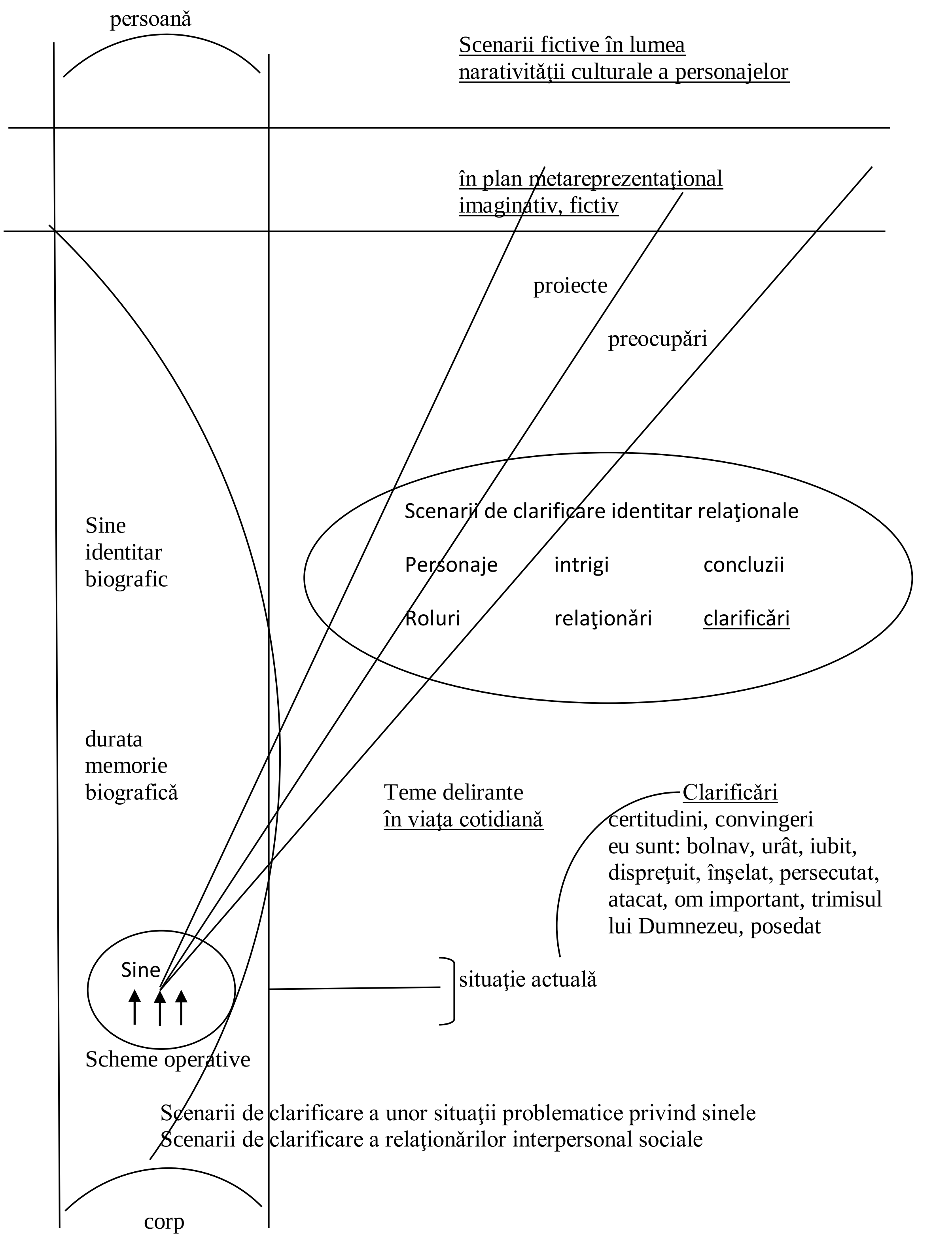
În această direcţie s-a dezvoltat psihologia narativă a persoanei a lui McAdams. În cursul vieţii de zi cu zi, subiectul participă ca erou la diverse evenimente, ce pot fi considerate ca scenarii dramatice, ce se desfăşoară realmente; şi care pot fi relatate. El este în mod firesc eroul unor multiple naraţiuni, potenţiale şi reale desfăşurate în agora publică.

Ele pot fi povestite de alţii;sau de însăşi subiect, ancorat cum e în dimensiunea identităţii sale biografice. În acest sens merită atenţie ipoteza lui Tomkins, care, în consens cu interpretarea lui McIntyre a identităţii narative a persoanei, sugerează că "fiecare persoană generează în permanenţă scenarii dramatice", sub presiunea evenimentelor curente. Subiectul îşi asumă regia şi rolul ce îi revin în respectivele scenarii, şi le "joacă", cu convingere şi eficienţă, în viaţa practică, chiar în afara oricărei narativităţi corelative imediate. În normalitate, el e în permanenţă angrenat în multiple scenarii de diverse durate, pe care le poate ierarhiza ca importanţă, trecând de la unul la altul; sau părăsindu-le. Dar îşi menţine în permanenţă identitatea de fond a sinelui biografic şi agenţia creativităţii. Pornind de la acest fond, identitar şi generativ, el poate desfăşura şi juca circumstanţial în menţionatele roluri, parţial fictive sau imaginare. Sau, se poate adânci, temporar, în realitatea secundă a "lumilor multiple".

Revenind la problematica psihopatologiei delirului se poate relua afirmaţia că, spre deosebire de delirul mistic, delirul paranoid dar mai ales cel monotematic sistematizat – hipocondriac, dismorfofobic, de gelozie, erotoman, senzitiv de relaţie - nu sugerează la prima vedere identificarea cu un personaj dintr-un

Chenar 51

**Convingerile delirante derivă din clarificări ale unor situaţii identitar relaţionale problematice**



scenariu narativ ficţional. Totuşi se poate vorbi şi în aceste cazuri de concentrarea existenţei pacientului pe un rol, derivat din sistemul de roluri sociale pe care îl comentează sociologia lui Pearson. În viziunea sociologică menţionată, care e deja tradiţională, rolurile sociale nu sunt doar cele privitoare la statusurile sociale: roluri de sex, vârstă (copil, adolescent, adult, bătrân), profesie, condiţie maritală (logodit, căsătorit, văduv etc). Doctrina acceptă şi roluri tranzitorii, cum ar fi cel de bolnav sau de subiect înşelat. Precum şi rolul de persoană supravegheată şi persecutată de sistemul social, ultimul dovedindu-şi cu prisosinţă realitatea în regimurile totalitare. Mare parte din deliruri, chiar din cele monotematice, ar putea fi interpretate ca o patologie identitară, în care subiectul, în contextul unui deficit psihopatologic, “alunecă” sau “cade” pe orbita identificării cu astfel de roluri. Roluri care de fapt exprimă modalităţi fundamentale ale omului de raportare adaptativă, pe care el le are constant la dispoziţie. Dar care ajung, în condiţia delirului, să fie simplificate schematic și distorsionate prin rigiditatea unor evaluări sau poziţionări atitudinale aberante. Suspiciunea, gelozia, preocuparea faţa de sănătate şi un aspect corporal atractiv, autoaprecierea pozitivă sau atitudinea critică faţă de sine, toate sunt structuri funcţionale constitutive pentru orice psihism uman. Ele sunt utile şi adaptative în viaţa cotidiană dacă se menţin flexibile şi generative în raport cu contextele. La fel, de altfel, ca în cazul patologiei dispoziţiilor anxioase, combative sau depresive. Intrarea lor în joc într-o manieră simplificată, rigidă şi excesivă, insuficient de justificată, e în schimb disfuncţională. Manifestându-se astfel, “instrumentarul” suspiciunii, geloziei, sentimentului de urâţenie corporală, al autodeprecierii sau supravalorizării, el montează subiectul, ca personaj, în scenarii decontextualizate, care se alimentează tot mai mult din specificul narativităţii fictive.

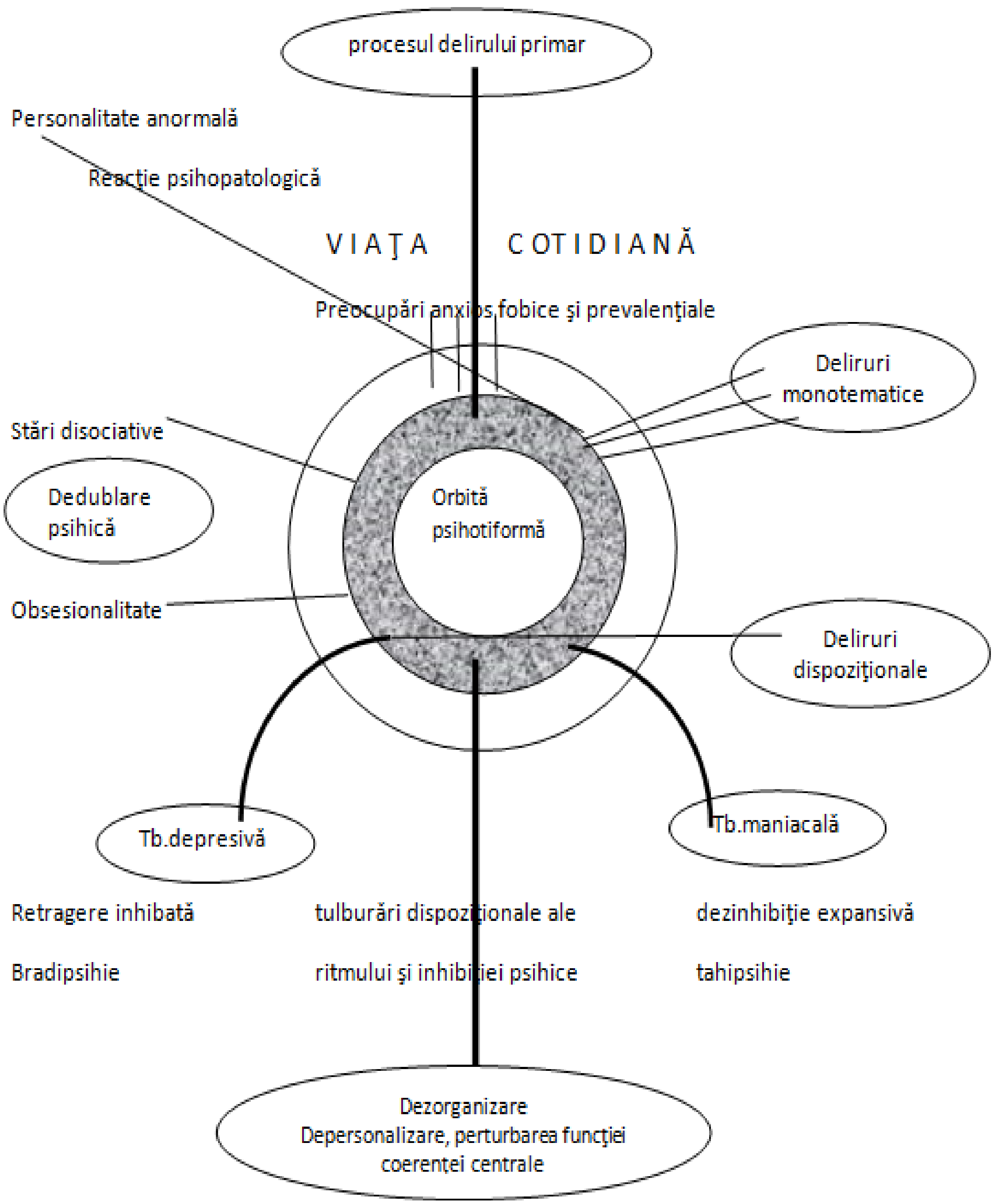
Pornind de la o astfel de interpretare se poate considera că, suspiciunea normală şi adaptativă faţă de intenţiile agresive sau de înşelare ale altora, o vedem modificându-se în delir într-o modalitate deformată, exagerată, rigidă, fără

argumente reale, în gol, transpusă în scenarii fictive, fantastice. Dar ea are un punct de plecare într-o disponibilitate naturală adaptativă. În măsura în care “se cade pe orbita delirantă paranoidă”, disponibilitatea de suspiciune a subiectului nu mai e angrenată în rezolvarea adaptativă a unei situaţii reale. Ea mută subiectul, ca personaj, într-un scenariu dintr-un câmp fictiv, narativ al persecuţiei şi intenţiilor agresive paranoide, scenariu care se desfăşoară similar cu cel al unei piese de teatru sau a unui roman. Dar, acum, în delir, subiectul nu se mai poate extrage din rolul acestui personaj. El nu mai e în stare, ca în normalitate, să opereze liber cu rolurile şi scenariile pe care le regizează şi le joacă în viaţa sa obişnuită, în conformitate cu sugestia lui Tomkins. Şi apoi, odată mutată în condiţia de personaj a unui scenariu fictiv, identitatea delirantului se va organiza după regulile narativităţii, ieşind tot mai mult din coordonatele existenţei cotidiene. Astfel încât, în final, subiectul delirant poate ajunge eroul unor povestiri fantastice, care nu mai ascultă de nici o regulă a bunului simţ cotidian.

Chenar 52

Chenar 73

**Tulburări psihice orientate spre orbita psihotiformă**



# 7. Tulburări ale percepţiei situaţionale şi autopercepţiei

## 7.1. Psihopatologia percepţiei

Între tulburările psihotice pe care le comentează DSM-5 alături de delir se află halucinaţiile necriticate. Halucinaţiile fac parte dintre noile concepte pe care le introduce semiologia psihopatologică a sec.XIX. Esquirol (1838) formulează şi definiţia clasică: "O convingere intimă într-o senzaţie percepută ca actuală, în condiţiile în care nici un obiect exterior nu stă la baza acestei senzaţii; halucinatul este un vizionar". Se poate remarca din definiţie, referinţa la actualitate, exterioritate şi trimiterea la tradiţia mistică a viziunilor. Deşi termenul psihologic de percepţie era larg folosit în sec.XIX, se cere menţionat că semnificaţiile sale teoretice şi ştiinţific-psihologice au continuat să fie dezvoltate pe tot parcursul sec.XX. În tot acest timp a fost acceptată totuşi o înţelegere generică a percepţiei, ca receptarea şi configurarea subiectivă a informaţiilor externe actuale, structurate ca formă şi semnificaţie.

În 1846 Baillarger polarizează halucinaţiile vizuale în raport cu cele auditive, ultimele având un caracter mai pronunţat de interioritate. De fapt, el foloseşte deja pentru acestea expresia de "halucinaţii psihice". S-au descris halucinaţii în toate ariile senzoriale ce adună informaţii din ambianţă şI de la limita cu acestea: vizuale, auditive, gustative, olfactive, cutanate. Dar şi din arii interioare ale corporalităţii, cum ar fi cele kinestezice, interoceptive, sexuale. Moureau de Tours publică în 1845 o carte în care susţinea corelaţia între tulburările mentale în general şi vis, sugerând o apropiere între acesta şi halucinaţii vizuale. El se baza şi pe modificările induse de consumul unor substanţe psihoactive (haşiş) în analiza halucinaţiilor din stările oneiroide. La sfârşitul sec.XIX s-au descris halucinaţii vizuale detaliate dar criticate, la persoane în vârstă, intacte mental dar cu patologie

**Chenar 53**

## Înţeleluri ale percepţiei

Conceptul de percepţie nu a fost familiar antichităţii, psihologia teoretică a lui Aristotel invocând în genere sensibilitatea – informaţia obţinute din lumea fizică de cele cinci simţuri – ce era transmisă de simţul comun spre un centru, interferând cu fantezia şi memoria, pentru a fi preluată de nous – intelect. Percepţia e prefigurată de stoici odată cu conceptul de reprezentare. În Europa trebuie aşteptată perioada de după Descartes, când Leibnitz introduce noţiunea de percepţie, în corelaţie cu monodologia sa; şi ca acesta să fie preluată de Wolf în tratatele sale de psihologie şi utilizată de Kant în prima sa Critică. Conform acesteia, categoriile sensibilităţii şi intelectului operează prin intermediul instanţei sensibile a poziţionării percepţiei, pentru a constitui fenomenele lumii. Psihologia teoretică a reluat în sec. XX problema percepţiei sensibile prin Bergson şi mai ales prin fenomenologia lui Husserl. Heidegger a circumscris „situaţia" ca şi structură aprioricã prin care Dasein-ul se afirmă în lume – ca proiect, dar incluzând percepţia.

Dimensionarea prin limbaj a psihismului uman face ca realităţile perceptibile ale lumii să aibe pentru el şi o variantă conceptuală. Acest lucru a fost intuit de Platon când a lansat termenul de *idee,* derivat din cel de *eidos,* ce însemna aspect, formă perceptibilă. Reluarea în dezbatere a acestei problematici de către fenomenologia lui Husserl a dus la tema „intuiţiei eidetice" ca un fel de percepere nemijlocită a esenţelor.

Psihologia experimentală s-a orientat asupra percepţiei în special în sec.XX prin şcoala configuraţionistă (gestaltistă) care a studiat experimental datum-ul perceptiv ca ceva delimitat formal, structurat intern, semnificant şi proiectat pe un fundal accesibil. În actul de percepţie este inclus şi subiectul care constituie un „câmp perceptiv", centrat de figura avută în vedere. Configuraţioniştii au subliniat faptul că percepţia se realizează şi în timp, exemplul clasic fiind cel al receptării unei melodii sau a unui mesaj. De la această şcoală a rămas ideea că percepţia se referă mai ales la ceva bine delimitat şi structurat.

O reorganizare a problemei s-a produs odată cu demersul fenomenologic a lui Merleau Ponty, care – dezvoltând o idee a lui Husserl – a insistat pe intersubiectivitatea ce se realizează odată cu percepţia altei persoane, mediată de percepţia corporalităţii trăite. Iar corporalitatea trăită semnifică identitatea întregii persoane, localizată într-un topos determinat a lumii fizico biologice, ca referenţial reflexiv pentru intenţionalităţile sale actuale în raport cu lumea. Direcţia psihologiei fenomenologico configuraţioniste ce pune accent pe corpul trăit şi pe intenţionalitate, a fost preluată şi de cognitivism, stând la baza dezvoltării „cogniţiei sociale" şi a capacitătii de mentalizare (Theory of Mind). Aceste nou înţelesuri au fost asimilate de psihologia şi psihopatologia developmentală şi evoluţionistă. În ultimele decenii s-a analizat mult dimensiunea intenţională a perceperii şi întreţeserea dintre actul de poercepţie şi receptarea informaţiei.

O problemă ce persistă este cea a receptării informaţionale de la nivelul inferior şi cel superior configurării semnificante a percepţiei. La un nivel mai bazal întâlnim receptarea primară a informaţiei, unde selecţia filtrului atenţional ierarhizează primar informaţiile importante de cele periferice, în funcţie de preocuparea şi intenţia subiectului. La un nivel supraordonat, percepţiile figurative sunt cuprinse în scenarii şi texte narative, semnificante.

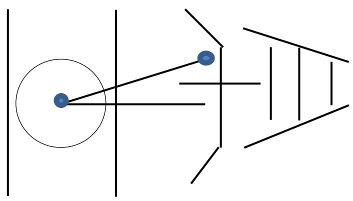
Psihopatologia urmează să ţină seama de toate aceste aspecte ale problematicii percepţiei.

oculară periferică. Astfel de tulburări identificate şi în domeniul auditiv şi întâlnite în diverse condiţii medicale (epilepsie, migrene etc.) au fost etichetate ca *halucinoze,* fiind considerate distincte de halucinaţii. În aceeaşi perioadă medicul rus Kandinsky a comentat, pe baza unor experienţe proprii şi referiri la literatura ştiinţifică a vremii, trăiri de tip halucinator care însă nu au caracter de exterioritate perceptivă: "imagini şi cuvinte care izvorăsc spontan din interior, cu care mă distrez". Aceste *pseudohalucinaţii* sau halucinaţii psihice resimţite în "spaţiul psihic interior", au fost apropiate de Jaspers de reprezentările mentale. Ey şi Claude (1932) le corelează cu trăiri de tipul obsesionalităţii şi ideaţiei intruzive, atrăgând atenţia asupra perturbării "cursului ideativ". Treptat se impune tot mai mult faptul că patologia percepţiei include şi autopercepţia de sine.

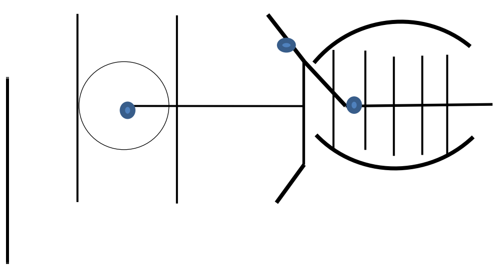
Dacă lăsăm pentru moment de o parte pseudohalucinaţiile, restul fenomenelor de tip halucinator sunt resimţite ca plasate în lumea exterioară, înconjurătoare, de obicei împreună şi alături de perceperea celorlalte lucruri şi evenimente. Deci, având ca fundal câmpul perceptiv spaţial în care se petrec mai toate evenimentele vieţii cotidiene. Schema percepţiei vizuo spaţiale e o moştenire biologică care se transmite după model modúlar. Ea presupune ca receptarea informaţiilor actuale să fie plasată perceptiv de către individ în spaţiul ce înconjoară propriul corp, la diverse distanţe, în variate forme, în anumite relaţii reciproce dintre obiectele percepute ca aflate „acolo". Perceperea unui obiect anume e astfel localizată într-o anumită poziţie în cadrul „câmpului perceptiv al acţiunii posibile", care e similară la om şi la animale. Deasupra acestui model bazal de raportare informativă la ambianţă, omul a dezvoltat de-a lungul antropogenezei şi o altă structură de prelucrare informaţională, bazată pe limbajul narativ critic, ce stochează informaţia cunoaşterii şi memoriei comunitare în surse accesibile indivizilor într-o manieră codificată. Informaţia percepută pe coperta

**Chenar 54**

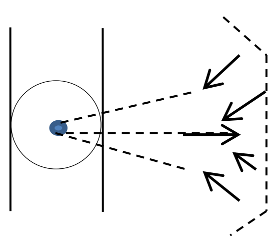
**Aspecte ale psihopatologiei perceptive**



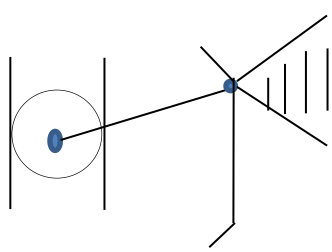
Iluzia este o percepţie deformată ca formă şi semnificaţie; poate fi inclusă în mecanismele proceselor psihotice



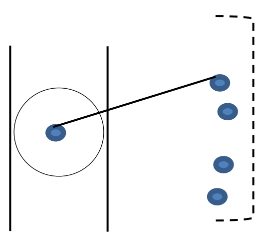
Salience, percepţia hipersemnificantă a unui detaliu decontextualizant; poate argumenta delirul monotematic



Percepţii referenţiale: fragmente perceptive sunt recepţionate ca având o semnificaţie misterioasă, trimiţând mesaje obscure susţin centralitatea dispoziţiei delirante



Halucinaţii funcţionale: o percepţie banală, vag structurată, este suportul informativ pentru o halucinaţie



În autism subiectul nu poate percepe ansamblurile, detaşate de fundal; el e fascinat de detalii, pe care nu le interpretează însă aparte

unei cărţi e altă decât cea de pe suprafaţa unei pietre. Transmiterea acestei informaţii, ce s-a realizat predominent lingvistic verbal, introduce pentru om şi un alt tip de receptare a formelor senificante decât cel practicat în biologie, ce sunt acum organizate predominent discursiv.

O tulburare perceptivă tradiţională o reprezintă iluziile, în sensul deformării formale sau de semnificaţie a datumului perceput. Perceperea insuficient de clară a unui obiect în semiîntuneric (de ex. a unui băţ) poate fi recepţionată pentru moment ca iluzie, în sens de prezenţă a ceva periculos (de ex. un şarpe). Condiţii pentru o percepere deformată pot ţine de o configurare spaţială particulară, de deficienţe în sinteza perceptivă a subiectului sau de aşteptările sale. Dacă cineva se teme să nu se îmbolnăvească, el va fi hiperatent la orice senzație corporală mai aparte, concentrându-se asupra acesteia, scoţând-o în relief şi dându-i o interpretare aparte. Ne apropiem de condiţia, frecventă în psihoze, a percepţiei reliefate ("*salience*") decontextualizată şi hipersemnificată.

Un om gelos poate decupa din comportamentul soţiei sale în societate doar un fragment perceput, pe care-l scoate din context şi îi dă o semnificaţie de infidelitate. Sau o persoană suspicioasă extrage din comentariile altora o singură frază, o rupe de restul comentariilor şi o reinterpretează ca ostilă faţă de sine.

O manifestare psihotică ce implică şi percepţia o reprezintă trăirile referenţiale. Subiectul are sentimentul că unele detalii perceptive disparate au o semnificaţie specială pentru el, că se impun ca nişte mesaje ce urmează să-i transmită ceva important. Fenomenul capătă o intensitate deosebită în "atmosfera delirantă" ce precede instalarea "delirului primar" printr-o "percepţia delirantă".

În patologia perceptivă poate juca un rol important capacitatea reprezentativă şi imaginativă a subiectului. Există persoane la care aceste funcţii sunt în mod special dezvoltate aşa cum sunt personalităţile histrionice. Sau, artiştii plastici şi chiar scriitorii narativi, ce povestesc evenimente şi descriu personaje în mod pregnant. Şi în viaţa curentă întâlnim persoane cu o capacitate crescută de

configurare “*eidetică*”, fapt ce se manifestă de ex. prin ghicitul în cafea sau în nebuloasa norilor. În corelaţie cu aceasta ar putea fi puse *halucinaţiile funcţionale,* ce constau din trăiri pregnant halcinatorii resimţite atât timp cât subiectul percepe anumite informaţii vag structurate. De ex. aude clar voci care-l comentează doar în momentul în care cântă nişte păsări sau trece un tramvai. Manifestările psihopatologice menţionate mai sus se adaugă halucinaţiilor propriu zise ce vor fi comentate mai departe.

Prezentarea simptomelor parahalucinatorii atrag atenţia asupra faptului că patologia percepţiei, de altfel ca şi percepţia normală, se petrece la întâlnirea (de extremă complexitate) dintre subiect şi situaţie. Mai precis, la nivelul conjuncţiei dintre: -Un eveniment uman în care subiectul e cuprins dintr-o anumită incidenţă şi despre care obţine informaţii actuale; - Şi, pe de altă parte, dimensiunea sa identitară mnestic biografică, centrată de sinele său intenţional reflexiv şi autogenerativ, ce se află la momentul respectiv angrenată în proiecte şi preocupări ce întâlnesc evenimentul în cauză. Iar totul se petrece în interiorul unei „lumi umane”, susţinută de discursivitatea limbajului narativ critic.

Subiectul se deschide deci spre informaţiile perceptive ambientale totdeauna într-o situaţie evenimenţială dată, în care el se află prezent, cu propriul corp, cu propria persoană, cu propriile interese, obiective, orientări, angajări intenţionale etc. Descifrând reflexiv semnificaţia situaţiei care-l vizează, subiectul se angrenează în rezolvarea acesteia, utilizând continuu informaţia perceptivă la care are acces.

Dacă perceperea ambianţei variază în permanenţă, perceperea în sens larg a propriei persoane - şi mai ales a propriului corp -, este continuă şi relativ constantă, chiar dacă e subliminară. Şi ea este referenţialul de bază în perceperea  lumii de către subiect.

**Chenar 55**

**Perceperea normală şi patologică a propriului corp**

Către sfârşitul sec.XIX a început să fie studiată şi psihopatologia perceperii propriului corp plecând de la diferenţierea între simţul cutanat, celelalte simţuri şi "sensibilitatea interioară". Încă Aristotel acorda o importanţă special simţului pipăitului pe care îl corela cu sensibilitatea "cărnii în general". Mai recent, în sec.XVIII s-a încetăţenit idea lui Locke privitoare la faptul că, corpurile se caracterizează pe lângă extensia spaţială pe care o invoca Descartes şi prin soliditate. Pe această bază în sec.XIX s-a diferenţiat între sensibilitatea cutanată, care ne desparte de lumea exterioară conturându-ne limitele corporale perceptibile de către alţii şi de către noi înşine (Tastsin în germană – Weber); şi sensibilitatea comună, internă (Gemeingefuhl – în germană) ce a fost numită apoi cenestezie. În interioritatea corporalităţii sale, subiectul poate resimţi, pe lângă senzaţiile correlate instinctualităţii – sete, foame, greaţă, sexualitate, plăcere, durere – şi senzaţii difuze de discomfort, cenestopatii, asociate cu un sentiment de oboseală, de astenie fizică. Perceperea corporalităţii s-a corelat şi cu trăirile emotive şi dispoziţionale – anxietate, depresie, iritabilitate, emoţii sociale etc.; precum şi cu blocarea acestora prin "anestezie afectivă". A apărut treptat şi conceptul de "anhedonie" care include pierderea intenţionalităţii şi dispozibilităţii de a se orienta apetitiv în raport cu lumea şi cu ceilalţi şi de a rezona pozitiv la aceasta.

Către sfâşitul sec.XIX a început să se contureze şi conceptul de sine, de conştiinţă de sine; iar mai târziu cel de "agenţie", de apartenenţă la sine a propriilor acţiuni şi propiilor trăiri. Deoarece psihologia populară a plasat întotdeauna sufletul - mintea – în interiorul corpului, "în piept', "în cap", localizarea sinelui şi a conştiinţei a fost şi ea elaborată ca fiind intracorporală. Pe această bază în a doua jumătate a sec.XX fenomenologia (Husserl, Merleau Ponty) a elaborat doctrina "intersubiectivităţii intercorporeale"; care preluată de cognitivism a jucat un rol important în dezvoltarea psihologiei şi psihopatologiei developmentale şi evoluţioniste.

Revenind la percepţia limitelor corporale, perturbarea acestora a fost semnalată în psihopatologie cu menţiunea că la acest nivel se consideră dificilă diferenţierea între iluzie şi halucinaţie. În alcoholism, (delirium tremens) s-au descries halucinaţii cu animale mici ce se urcă pe corp; iar în intoxicaţia cu cocaină au fost identificate "furnicaţii". Comentarea dismorfofobiei de către Morselli a atras atenţia asupra aspectului expresiv al limitelor propriului corp. Aceasta a fost abordat apoi în sec.XX prin prisma noţiunilor de imagine şi schemă corporală. Autopercepţia corporală a integrat în sec.XX nu doar senzaţiile corporale şî proprioceptive ci şi pe cele artromiokinetice, vestibulare şi sexuale.

Diverse aspecte ale psihopatologiei percepţiei corporale - iluzii, halucinaţii, ideaţie prevalent delirantă - au fost apoi comentate în cadrul sindromului de depersonalizare, derealizare. În corelaţie cu acesta poate fi plasat şi sindromul obsesiv al contaminării cu murdărie, microbi, substanţe, conjugate cu compulsia spălării. În spectrul patologiei obsesiv compulsive sunt plasate şi alte tulburări în care există o preocupare anormală faţa de limitele corpului: dismorfia corporală, delirul senzitiv odorant, tricotilomania, compulsia escoriaţiilor etc.

Propriul corp e resimţit constant ca sediu al sufletului, al minţii proprii, ca locul din care izvorăsc şi prin care se realizează propriile dorinţe, intenţii, acţiuni. Corpul trăit, care prin limitele sale instituie punctul de plecare şi zona de referinţă în raportarea la “lumea exterioară spaţial”, e prezent şi ca un topos în care se adânceşte interioritatea subiectivă a persoanei, centrată de sinele său reflexiv şi intenţional. În această interioritate se localizează şi emergenţa intenţiilor, deciziilor, acţiunilor şi comunicărilor; adică “agenţia” sa. Şi tot aici se află zona intimităţii secretului personal.

Receptarea perceptivă a propriului corp în calitate de element al lumii fizico-biologice ambientale, poate fi marcată şi ea de trăiri de tipul iluziilor şi halucinaţiilor. Acestea sunt de obicei integrate în sindromul mai amplu al depersonalizării, în care e distorsionată aderenţa subiectului la lume şi la sine; precum şi autonomia agenţie a persoanei.

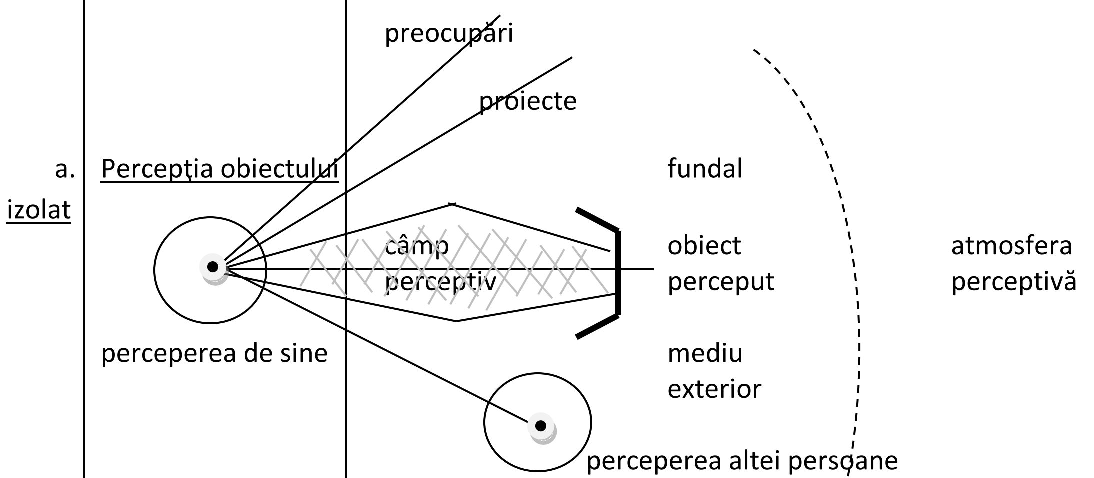
Comentând psihopatologia perceptivă se cer subliniate câteva lucruri: - Perceperea este o referinţă la prezent, la actualitate, la fel ca decizia sau acţiunea; - Perceperea se referă la o configurare structurată a informaţiei actuale, obiective, ce se detaşează pe un fundal accesibil; - Ea poate fi centrată pe un obiect sau pe o situaţie globală ; Prin percepere se înţelege, pe lângă aspectul central al sesizării unui lucru delimitat şi structurat formal (spaţial) şi semnificaţia sau valoarea acestuia. Ultimul sens menţionat poate conduce spre

Chenar 56

**Două aspecte ale percepţiei;**

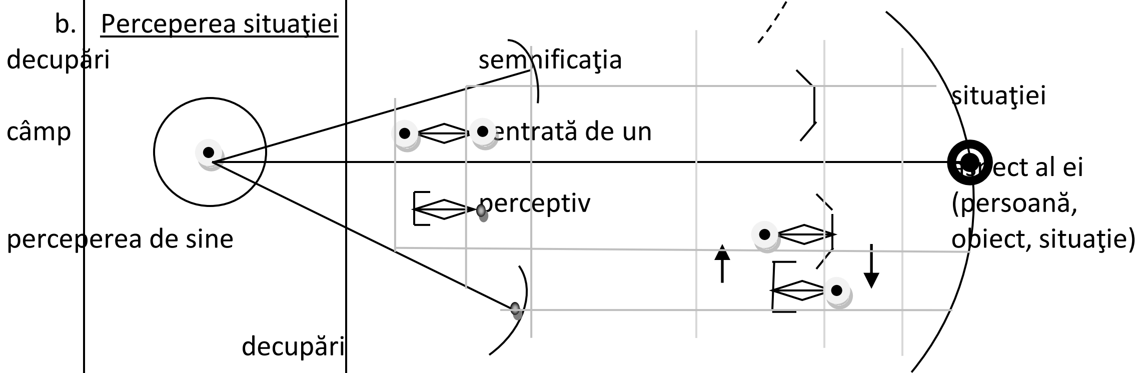
instanţa metareprezentaţională

a. Percepţia obiectului izolat




Perceperea unui obiect izolat se întâlneşte doar în atitudinea de contemplare sau de observare ştiinţifică (experimentală); obiectul are o formă ce se detaşează pe un fundal accesibil, şi o semnificaţie; subiectul se percepe continuu (preconştient) şi pe sine, ca plasat la unul din polii câmpului perceptiv, în poziţia cuiva care percepe activ.

b. Perceperea situaţiei




Perceperea unei situaţii la care subiectul participă împreună cu alte persoane în cadrul unui eveniment, presupune mai multe obiecte şi persoane aflate în diverse relaţii reciproce şi cu subiectul. Esenţialul percepţiei constă în acest caz în semnificaţia situaţiei pentru subiect, centrată pe un aspect al acesteia. În raport cu o situaţie ce se derulează, subiectul poate realiza mai multe decupări formale şi de semnificaţie, abordând fenomenul din variate perspective şi decupându-l dintr-o desfăşurare temporală mai amplă. Subiectul este unul din centrele câmpului perceptiv, celălalt fiind semnificaţia evenimentului pentru el. Perceperea unei situaţii presupune o coerenţă centrală a unei ordini ierarhice. Ea apare ca o structură organizată. Prăbuşirea acestei structuri induce simptomele de referinţă, în care subiectul e asaltat de semnificaţii neclare.

Perceperea unei situaţii are o structură complexă, ierarhică, implicând "adâncimea temporală" a variatelor proiecte şi acţiuni ce se suprapun.

înţelesuri speciale ale percepţiei (e.g. percepţia atitudinii altuia în raport cu subiectul, percepere semnificaţiei unei situaţii , autoperceperea de sine etc.). Ansamblul p[roblematic al percepţiei înfăţişat mai sus, dată fiind complexitatea sa, necesită o reluare comparativă între percepţia la nivelul animalelor şi la nivelul omului.

### 7.2. Percepţia în lumea animală şi la om

Percepţia la indivizii biologici. Funcţia cognitiv perceptivă este desigur prezentă şi la mamiferele superioare. Ea are în vedere receptarea directă şi nemijlocită a unei informaţii configurate şi semnificante, prezentă efectiv într-o situaţie dată, pe care individul biologic o poate utiliza în rezolvarea problemelor sale circumstanţiale. Referinţa este atât la situaţia problematică în general – e.g. prezenţa unui predator periculos în apropierea unui grup de căprioare; cât şi la elementele acesteia – e.g. deplasările nemijlocite de atac ale lupului. Ierarhizarea şi structurarea informaţiilor se realizează în mare măsură spontan, la nivelul filtrului atenţional periferic şi prin operaţii ale encefalului. Obţinerea de informaţii perceptive are însă şi o componentă activă, ce implică dinamica întregii corporalităţi.

Informaţia percepută de un individ biologic are limite, care ţin de caracteristicile speciei şi condiţia individului respectiv la momentul dat. În cadrul unei specii, indivizii au o anumită conformaţie corporală, cu o configurare şi plasare definită a organelor de simţ; precum şi o structură funcţională determinată a encefalului ce poate prelucra informaţiile. De ex. mirosul poate fi mai dezvoltat decât văzul iar privirea poate fi laterală şi nu focalizată central ca la om. Apoi, un individ anume, poate avea diverse vârste; şi, în consecinţă, multiple experienţe proprii câştigate. El se poate afla în variate stări de vigilitate, dinamizat de varii obiective circumstanţiale (căutarea de hrană şi adăpost, interes pentru acuplare şi multiplicare, pentru îngrijirea puilor etc.).

Prin dotarea genetică a creierului său, individul biologic poate diferenţia perceptiv fiinţele din jur (intra şi extraspecifice) partajându-le în duşmane, indiferente sau ca posibili parteneri; şi îşi poate ierarhiza congenerici după vârstă, sex, dominanţă etc. Informaţiile situaţionale obţinute prin percepţie, raportate la cele din memoria structurală şi câştigată, îi permit individului decizia şi urmărirea câte unui obiectiv fixat, până la realizarea sa; proces în cursul căruia obţine şi prelucrează continuu informaţii situaţionale din ambianţă, inclusiv aflate sub pragul structurării perceptive.

Mamiferul depozitează experienţele informative obţinute perceptiv – şi integrate în evenimentele trăite – în memoria sa de durată medie şi lungă, ce se află într-un permanent proces de reorganizare circulantă, stând mereu la dispoziţia sa. Un indice al acestei memorii circulante îl oferă perioadele de somn paradoxal (de activitate encefalică de tip "vis") ce durează aprox. 10% din durata somnului. Informaţiile mnestice sunt apoi operaţionalizate în situaţiile trăite, fiind actualizate de semne sau indici evocatori, de alertă. În aceste împrejurări nu ar fi exclus ca unii indivizi biologici să aibă reprezentări pregnante, de tip oneiroid. Deci, un fel de halucinaţii.

Percepţia la persoanele umane. Percepția individului uman presupune întregul fundal prin care ea funcţionează în biologie. Intervin acum desigur şi particularităţile psihismului uman conştient  aşa cum sunt: - capacitatea metareprezentativă pe care o susţine limbajul narativ şi care asigură operarea cognitivă pe modele ale realităţii date; - libertatea de opţiune şi acţiune pe care o introduc funcţiile executive; - aportul cogniţiei sociale. Toate acestea sunt susţinute de identitatea subiectului, bazată pe memoria biografică, corp şi parametrii de identificare socială; identitate centrată de sinele să intenţional, reflexiv şi autogenerativ. Ca un bilanţ al coordonatelor menţionate mai sus, se manifestă ceea ce omul actual numeşte subiectivitate reflexivă a conştiinţei, ce redimensionează

psihismul de tip biologic, înrădăcinat în propria corporalitate a subiectului. Exercitându-şi moştenirea biologică, omul individual percepe informaţiile ce sunt disponibile şi îl solicită la un moment dat din lumea exterioară, ambiantă., pe care le sintetizează, pe fundalul memoriei sale biografice.

Odată cu percepţia el identifică, clasează şi ordonează obiectele din jurul său, în conexiunile unei situaţii semnificante. În permanenţă, în lumea înconjurătoare omul percepe şi alţi oameni, pe care-i identifică iniţial după corporalitatea, privirea şi comportamentul lor; şi pe care-i etichetează ca având o minte proprie, cu o conştiinţa subiectivă reflexivă, intenţională, la fel ca şi a sa. Comunicarea cu aceştia implică situaţia apropierii şi intimităţii sufleteşti. Dar autonomia şi identitatea subiectului, delimitarea şi centrarea sa prin propriul corp şi sine se păstrează constant. Continua percepere preconştientă de sine – incluzând propriul corp, fundalul identităţii biografico sociale şi autoevaluarea – reprezintă referenţialul de bază al oricărei perceperi situaţionale. S-ar putea spune că: în permanenţă subiectul se percepe pe sine ca percepând intenţional situaţii semnificante din lume, la elementele căreia se raportează la un moment dat într-un mod determinat.

Dată fiind mobilitatea pe care o asigură la un libertatea de acţiune, subiectul îşi poate muta şi concentra voluntar atenţia perceptivă asupra unor diverse aspecte ale unei situaţii actuale date. Faptul include nu doar atenţia acordată evenimentelor, obiectelor şi altor persoane; ci şi cea pe care subiectul şi-o acordă sie-şi, atât ca şi corporalitate cât şi ca persoană cu o anumită identitate biografică, ce gândeşte şi decide; sau ca actor ce joacă roluri în scenarii sociale.

Lumea umană în care persoana îşi desfăşoară existenţa îi apare acestuia în mod continuu, pe lângă perceperea altor persoane, prin artefactele produse de oameni, constând din unelte şi edificii cuprinse într-o reţea de semnificaţii normative. Între aceste artefacte se află şi instrumente care îi amplifică capacitatea de percepere. Ea este apoi impregnată de semnificaţiile limbajului narativ.

Percepţia constă, încă din lumea animală, dintr-o receptare concomitentă a aspectelor formale ale lumii şi cea a semnificaţiilor acestora ce pot fi transmise prin diverse coduri, pe variate suporturi. Odată cu limbajul narativ critic, la om se dezvoltă enorm rolul semnificaţiilor în fenomenul perceptiv. Perceperea se poate referi la receptarea unui mesaj, transmis prin viu grai, prin scris sau printr-o altă tehnologie de mediere. Iar mesajul poate evoca o situaţie, un obiect, un om, o relaţie, un eveniment, o istorie etc. În acelaşi sens, perceperea interacţiunii cu alt om are loc în variate împrejurări, de dialog, cooperare, concurenţă sau conflict combativ etc. Iar procesul interacţiunii poate avea diverse durate, făcând parte dintr-un proiect sau dintr-o preocupare ce se întinde pe luni de zile, situaţia percepută actual fiind doar un fragment al acestora. Dat fiind că în proiecte şi preocupări intervin scenarii în care subiectul e cuprins ca personaj, intră în joc şi narativitatea. De aceea aspectul strict informaţional–senzorial actual al percepţiei necesită o permanentă integrare, prin decupări şi sinteze concentrice în raportarea de ansamblu a persoanei, definită prin identitatea sa bografică şi delimitările sale, la lumera care-l întâmpină. Percepţia unei privelişti realizate de aşa natură încât ea să fie transpusă într-un tablou, presupune un amplu proces de decupare, analiză şi sinteză; şi aceasta, chiar dacă se realizează instantaneu printr-o fotografiere. Şi totuşi, certitudinea perceptivă rămâne una din bazele ultime ale cunoaşterii lumii; fie că e vorba de ceea ce vede în fugă un om, fie de evidenţa pe care o aduce înregistrarea în laborator a rezultatelor unei experienţe prin care se confirmă o ipoteză intens elaborată.

Tot din aria perceperii face parte apoi şi contemplarea unui ritual sacral, a unui spectacol de teatru, a unui concert simfonic, a unei expoziţii de pictură; sau, lectura unui roman. Prin universul semiotic ce-l introduce limbajul narativ, lumea omului e plină de entităţi – lucruri şi fiinţe necorporale – ce au pentru el o semnificaţie specială.  Şi a căror sesizare intelectivă doar se sprijină – sau se completează – prin determinaţiile senzorial. Instrumentele, lucrurile de folosinţă,

operele culturale, biografiile şi istoriile narate, toate sunt obiecte perceptibile, similare până la un punct cu lumea naturii fizico biologice, cu piatra, pomul, animalul, munţii sau luna. Dar cu alte moduri de descifrare şi alte semnificaţii.

### 7.3. Halucinaţiile vizuale şi auditive

În psihopatologia perceptivă, tradiţional, rolul cel mai important l-au jucat halucinaţiile. Halucinaţiile vizuale au fost cele care au fost puse în prim plan în prima jumătate a sec.XIX. Primele descrieri, comentarii, analize şi încercări de interpretare întreprinse de psihopatologi au jalonat de la început specificitatea lor. E vorba de comparaţia lui Esquirol cu „vizionarul”, de trimiterile lui Moreau de Tours la vis şi stările consecutive consumului de haşiş şi de cazul halucinozelor.

Trimiterile la înţelesuri culturale, spirituale ale „vizionarului”, au fost desigur, o metaforă. Gândirea speculativă occidentală a sesizat de la începutul filosofării, conexiunea dintre aspectul exterior al lucrurilor şi întelesurile sale. Faptul a fost exprimat în distincţia dar şi corelaţia pe care Platon o făcea între **eidos** şi **ideia**. Dar vizionarii, care, la fel precum prezicătorii ebraici întrevedeau şi proclamau viitorul istoric – sau încercau să prezică ce va fi în viitor după modelul hermeneuţilor etrusci, scrutând zborul sau măruntaiele păsărilor – nu ofereau n model cultural util interpretării halucinaţiilor vizuale. Totuşi, experienţele mistice, realizate prin devoţiune individuală sau prin entuziasmul colectiv al religiilor de mistere, se corelau şi cu aspecte imagistice, ce apăreau credincioşilor pe fundall detaşarii lor de viaţa cotidiană; şi transpunerea într-o atmosferă mitico sacrală, de transă, întreţinută uneori de muzică, dans şi consum de substanţe psihoactive. Utilizarea unor astfel de substanţe susţinea deci, transpunera subiectului într-o „altă lume”, „supranaturală” şi pe baza unor percepţii neobişnuite ale obiectelor şi a propriului corp ce erau astfel declanşate; combinând distorsiunile esteziei cu cele ale spaţio temporalităţii trăite. Încă vechii indieni utilizau în acest sens soma; iar musulmanii luptători din vremea cruciadelor, haşişul. Studierea experimentală a

sec.XX a unor din aceste substanţe, ca bulbocapnina, psilocibina (dar şi a unor produşi sintetici similari ca LSD), a indicat că ele produc modificări perceptive variate: distorsiuni ale conturului, formei şi mărimii obiectelor, ale rapostului figură fond, apariţia de culori, figuri geometrice, obiecte şi fiinţe izolate, scene panoramice statice şi în mişcare. Aceste distorsiuni perceptive pot fi suportul unor scenarii imaginative vizuale, a unor „viziuni”.

În afară de cadrul ritualului sacral, o altă trimitere pe care psihopatologia a avut-o în vedere, tot de la început, pentru a interpreta trăirile halucinatorii vizuale, a fost cea a visului somnului. Visul se derulează în interiorul condiţiei de detaşare de ambianţa pe care o induce somnul; şi el e resimţit (trăit) sub formă de scene în derulare, predominent vizuale la care subiectul participă. Deci, visul nu se bazează pe prelucrarea unor informaţii actuale pe care subiectul să le recepţioneze şi sintetizeze din lumea ambientală. Logica şi cursul derulării visului scapă de obice controlului visătorului. Clinica psihiatrică a susţinut această apropiere a halucinaţiilor vizuale de vis, date fiind documentele clinice pe care le oferea tulburarea confuzo onirică (în exprimare franceză) din stările infecţioase şi febrile, care comportau şi o denivelare în grade variate a stării de vigilitate, cu dezorientare spaţio-temporală. Pe acest fundal se manifestă trăiri de tip halucinator predominent vizuale, “oneiroide”: scene cotidiene, uneori profesionale, la care subiectul simte că participă, alături de persoane cunoscute sau necunoscute. Implicarea subiectului era este afectivă – terifiantă dar uneori şi euforică - cât şi psihomotorie în concordantă cu conţinutul scenariului oneiroid. Tematica scenariilor putea fi profesională, terifiantă sau euforică. În funcţie de gradul de vigilitate, ambianţa actuală poate fi percepută uneori concomitent, mai clar sau mai estompat. Oneirodia se poate chiar amesteca cu percepţii adecvate ale lumii ambientale; alteori ea se rezumă la un spaţiu bine delimitat, încadrată de perceperea corectă a mediului ambiental. Halucinaţiile vizuale pot fi nu doar scenice ci şi izolate: persoane, animale, diavoli, halucinaţii simple. Mai rar pot apare în acest context

halucinaţii olfactive, auditive, cutanate. În delirium tremens din alcoolism s-au descris clasic halucinaţii cu animale mici ce se urcă pe corp. Manifestări oneiroide pot apare şi postoperator, după reanimare.

Apropierea dintre stările oniroide şi halucinaţiile vizuale este argumentată şi de halucinaţiile hipnagogice, ce apar la intrarea în somn, până ce vigilitatea reflexivă nu a dispărut complet; şi de cele hipnopompice, mai rare, ce apar la trezire. Ele se pot manifesta şi la pacienţi ce prezintă narcolepsie; adică momente de bruscă adormire în timpul vigilităţii diurne, însoţite de scăderea bruscă a tonusului muscular. În toate aceste cazuri se incriminează o perturbare în derularea ciclului normal a somnului cu vise, care include la om aprox. 20% perioade de "somn paradoxal", în care subiectul "visează". Fenomenul visului s-ar datora unui proces de reorganizare ciclică a fondului mnestic sub forma unei memorii circulante, de durată medie.

Trăirile de tip oneiroid trimit deci, direct, la o disfuncţie a "mecanismului psihocerebral" ce susţine desfăşurarea somnului cu vise; care pentru om este o moştenire biologică, înscrisă în structura encefalului. S-a dovedit că fondul mnestic al omului, predominent biografic, funcţionează, într-una din importantele sale dimensiuni, într-o modalitate circulantă, datele de memorie realizând prin această dinamică noi conexiuni. Ele revin periodic pentru a se oferi utilizării de către actualitatea psihismului conştient. Acelaşi mecanism ar sta la baza "cursului ideativ" ce se derulează în fundalul psihismului vigil, susţinând asociaţiile de idei şi creativitatea; dar şi ideaţia intruzivă ce poate aluneca în obsesii nedorite.

Configurarea unei percepţii situaţionale pe baza receptării filtrate şi sintetizate a informaţiilor exterioare actuale, presupune deci articularea acestora cu datele de memorie ce le vin în întâmpinare şi "se acordează" cu ele. Dacă informaţia ambientală e ignorată, ca în unele momente de relaxare, subiectul se poate "lăsa pradă unei reverii cu ochi deschişi". "Imageria" resimţită în acest context nu are pregnanţa şi detaliile percepţiei curente, plasându-se într-un "spaţiu

interior”. Care, deşi nu ignoră complet scena lumii exterioare date, nu avansează până la ea. Psihologia memoriei a comentat sub denumirea de “ecmnezie” reactualizarea unor amintiri ce capătă pentru scurt timp caracteristica de actualitate perceptivă. Iar psihopatologia aduce în discuţie reactualizările reprezentative pregnante sub formă de “flash back”-uri, ce se repetă cvasiobsesiv la cei cu reacţie de stres posttraumatic. Subiectul nu este complet deconectat faţă de situaţia actuală dar invazia figurativă “de tip perceptiv” a unei scene terifiante trăite în trecut, se insinuează pentru scurt timp în prezent; şi acaparează atenţia subiectului, bulversându-l.

Manifestări de tipul percepţiilor halucinatorii pregnante dar criticate, au fost descrise începând din sec.XIX în tulburări neurologice şi ale analizorilor vizuali şi auditivi. Aceste “halucinoze” apar şi în afectarea căilor vizuale retrochiasmatice, infarcte corticale, epilepsie. |Deci, în lezări ale „instrumentarului” neurologic de colectare, transmisie, prelucrare şi depozitare sintetică şi de reactualizare a informaţiilor. În cazul crizelor epileptice cu localizare parieto temporală, halucinaţiile pot fi olfactive dar şi vizuale, scenice. Lipsa altor tulburări psihice în aceste cazuri indică faptul că aparatajul funcţiilor cerebrale e capabil să genereze singur configuraţii perceptive, ce sunt plasate de organismul psiho-cerebral în spaţiul perceput ca al lumii înconjurătoare. Pentru delir important e însă ca acestea să fie inserate în conflictualitatea scenariului narativ a lumii delirante, în care semnificaţiile predomină asupra formelor.

Trăiri de tip halucinator s-au constatat apoi şi în condiţiile deprivării senzoriale. La mijlocul sec.XX s-au efectuat o serie de experienţe, în corelaţie cu pregătirea cosmonauţilor ce urmau să petreacă mult timp în spaţiu în împrejurarea unui deficit de solicitări senzoriale, incluzând-o şi pe cea gravitaţională (asupra sistemului vestibular şi artromiokinetic). S-a constatat că, menţinerea timp îndelungat în condiţii de semi întuneric, izolare fonică şi nemişcare, conduce la apariţia unor neoformaţii perceptive predominent vizuale. Acestea sunt cel mai des

simple figuri colorate, obiecte, animale, oameni; rar scene în desfăşurare. Trăirile de tip perceptiv ce apar în astfel de condiţii se referă, dar în mai mică măsură şi la muzică, expresii, reamintiri de texte etc. Dincolo de utilitatea acestor cercetări pentru astronautică, ele pot explica trăirile de tip halucinator ce apar în condiţii de monotonie informaţională (e.g. în deşert sau pe întinsuri de zăpadă). De fapt, problema care s-a ridicat în acea perioadă în psihiatrie a fost cea a deficitului de stimulare în genere; inclusiv lipsa solicitărilor din partea altor oameni şi a exercitării unor activităţi cutumiere care să implice noutate; ceea ce presupune o pasivitatea sau blocarea dimensiunii active intenţionale, a sintezei perceptive. Acest aspect s-a conjugat cu alte observaţii făcute de psihiatrii care au demonstrat că substimularea psiho-socială şi senzorială a schizofrenilor, prin internarea îndelungată în azile unde predomină condiţii de monotonie, agravează simptomatologia deficitară. Fapt ce a încurajat ideea unei stimulări adecvate în cazul internărilor prelungite; şi, evitarea pe cât posibil, a instituţionalizării îndelungate.

Halucinaţiile vizuale au fost comentate din ce în ce mai puţin de psihopatologia din a doua jumătate a sec.XX, în corelaţie cu descrreşterea lor odată cu reducerea stărilor de deliriul febril infecţios, şi a substimulării produse de internările îndelungate şi pasive din azile. Studierea circumstanţelor în care ele se produc, a subliniat corelaţia lor cu memoria biografică circulantă ce stă în spatele viselor; şi care e solicitată să înâmpine informaţiile conjuncturale. Cât priveşte raportarea la informaţiile vizuale situaţionale, provenite de la obiectele aflate în jur, principalele aspecte psihopatologice se referă la distorsiunea semnificaţiilor – eventual susţinută de distorsiuni formale – şi nu la neoformaţii perceptive. Desigur, acestea sunt posibile, în funcţie de capacitatea eidetică a subiectului, mai ales prin participarea la conturarea unor halucinaţii funcţionale. În psihoze subiectul e însă centrat şi absorbit de scenariul delirant care-l subjugă; şi care e cel ce dirijează

semnificaţiile şi eventualele halucinaţii vizuale, ce ies în afara scenei pe care se derulează viaţa comunitară cotidiană.

Universul perceptiv vizual este esenţial în derularea vieţii cotidiene a oricărui om, căci el asigură şi orientarea spaţială, pe care o avem în comun cu psihismul biologic. Dar specific psihismului uman este narativitatea metareprezentaţională pe care o asigură limbajul narativ, introducând în lumea umană entităţi fictive. Spaţio temporalitatea şi cauzalitatea lumilor narative, fictive, e distinctă de cea fizico biologică. La nivelul vieţii noastre curente noi facem o permanentă sinteză între acestea două, dat fiind că întreaga noastră existenţă, cu toate scenariile şi ritualurile sale, se desfăşoară în mijlocul unui univers fizico biologic care este suportul apariţiei, evoluţiei şi manifestărilor existenţiale actuale ale antroposului. Percepţia auditivă, centrată pe limbajul articulat ne mută însă mai mult spre narativitate.

Halucinaţiile auditive au fost diferenţiate încă de la început de cele vizuale deoarece ele se concentrează pe "auzirea de voci". Iar rostirea în mod evident nu e doar receptată din exterior, ci şi produsă, în permanenţă de către însăşi subiect, în strânsă corelaţie cu elaborările sale ideative. De aceea s-a vorbit încă din sec.XIX de halucinaţii audio-verbale şi ideo-verbale. Acestea trimit spre generarea gândurilor şi intenţiilor de comunicare verbală la nivelul cursului ideativ. Deci, la un nivel profund al "interiorității psihismului subiectiv", la alt pol faţă de sursa informaţiilor ce stau la baza percepţiilor şi halucinaţiilor vizuale, plasate în spaţiul exterior, în afara limitelor propriei corporalităţi.

Halucinaţiile auditive, care sunt cele mai importante în psihoze, pot fi desigur şi neverbale. Acestea, ca zgomote sau melodii, au acum o importanţă mai redusă. Cât despre halucinaţiile verbale, ele pot evoca uneori universul relaţionărilor interpersonale, fiind prezente mai ales în delirul paranoid. Nu trebuie

ignorat faptul că dezvoltarea ontogenetică se realizează de la început, din perioada de sugar, în mediu lingvistic. Iar relaţiile cu alţii ataşează constant comunicării nonverbale vizuale, şi pe cea verbală, cel puţin în cadrul intimităţii. Deşi în spaţiul relaţiei cu mama şi cei apropiaţi predomină comunicarea cu expresivitate non-verbală, comunicarea verbală rămâne importantă. Prin ea se exprimă rostirile apelative, interogative, de rugăminte, sfătuire, ameninţare, solicitare de iertare, etc. Chiar dacă vorbesc puţin, persoanele apropiate sufleteşte folosesc cuvinte pentru a se susţine reciproc, a se încuraja, îndemna, alina; uneori chiar şoptind. Apoi, prin limbaj oamenii ce se aflã unul în faţa celuilalt dialoghează, deseori comentâdu-l pe un altul, absent, caracterizându-l pozitiv sau negativ. Comunicarea verbală va trece însă în prim plan în spaţiul public, în raport cu persoanele oficiale şi străine. De aceea halucinaţiile audio verbale din paranoidie au deseori un caracter xenopatic, de relaţionare cu cineva mai îndepărtat sufleteşte sau străin. În sfârșit, nu poate fi ignorat acum, când avem în vedere psihopatologia nici dialogul interior, doar marginal verbal, în care subiectul se confruntă cu el însuși. Precum şi raportarea la Divinitate, care în creştinism i se poate adresa verbal omului.

Halucinaţiile ideo-verbale sunt comentate în ultimul timp din perspectiva – şi sub sintagma – "oamenilor ce aud voci". Acest fenomen este considerat ca răspândit în populaţia generală, o mare parte din persoanele ce aud voci neprezentând tulburări psihice diagnosticabile sau care să necesite tratament. În noiembrie 2013 s-a ţinut la Melbourne Congresul Mondial al celor ce aud voci, prevalenţa acestora în populaţia generală fiind evaluată la aprox.13,2%. S-au studiat şi reliefat particularităţi dintre cei ce aud voci şi au nevoie de tratament şi cei ce nu au nevoie. Faptul de a auzi voci e un fenomen complex care depinde de cultură, angajare spirituală, particularităţi personale, conjuncturale, stări maladive diverse, astfel încât nu toate cazurile sunt încadrabile în psihoze.

Halucinaţiile audio-verbale, pot fi apelative, adresându-se subiectului pe nume, ca şi cum l-ar chema; sau injurioase, ameninţătoare, acuzative. Ele mai pot

fi imperative, comandând pacientului să facă anumite acte, dirijându-l. Uneori îndeamnă sau poruncesc acte agresive, ca lovirea sau omorârea cuiva; sau sinuciderea. Halucinațiile imperative se cer diferenţiate de controlul voinţei şi sentimentul de dirijare, de impunere a actelor şi gândurilor a celor cu Sd. de transparenţă/influenţă. Halucinaţiile comentative constau din două sau mai multe voci, care discută între ele despre pacient, fie evaluându-l ca şi persoană, caracter valoare; fie comentând actele ce le face, intenţiile şi gândurile ce îi vin în minte. Mai rar vocile discută între ele neclar, ca o "rumoare". De cele mai multe ori însă, sentimentul pacientului este că aceste conversaţii se referă la el.

În cazul halucinaţiilor apelative şi imperative, subiectul resimte o raportare directă faţă de alţii, care i se adresează. Vocile care-i vorbesc sunt "personalizate". Ele sunt efectiv personajele ce participă direct la derularea scenariului delirant. Şi aceasta, atât atunci când pot fi clar identificate ca aparţinând cuiva cât şi dacă identificarea e aproximativă sau trimite la personaje anonime. Poate fi auzită în acest sens şi vocea lui Dumnezeu, a Fecioarei Maria sau a diavolului. Halucinaţiilor, chiar cele anonime, , "vizează" deci subiectul, "îl au în vedere". Ele nu sunt discuţii pe care alţii le poartă fără legătură cu el. Toate halucinaţiile audio-verbale presupun faptul că subiectul resimte şi îşi reprezintă existenţa altor persoane reale sau fictive în relaţia acestora cu el, care se află în „centru". Faptul se corelează desigur cu reprezentarea delirantă a prezenţei altor persoane în instanţa metareprezentaţională a propriului psihism.

În concluzie, dacă halucinaţiile auditive ar reprezenta, aşa cum s-a formulat de unii cercetători, o exteriorizare a unei raportări lingvistice intrapsihice cu o alteritate, ele presupun, evident, o prezenţă a altora în însăşi interiorul propriului psihism. Adică a imaginii şi reprezentării despre lumea pe care subiectul conştient o centrează.

### 7.4.Spaţiul intern al subiectivităţii, autopercepţia şi halucinaţiile psihice

Halucinaţiile, în calitate de trăiri "de tip perceptiv" sunt proiectate în spaţiul exterior subiectului, aflându-se în legătură, direct sau indirect, cu suma informaţiilor actuale percepute, structurate spaţial în contextul situaţiei pe care subiectul o centrează.Totuşi, ele se corelează strâns şi cu scenariile delirante ce se derulează în instanţa metareprezentaţională a psihismului persoanei. Astfel, halucinaţiile se articulează şi cu interioritatea psihismului personal ce se organizează în jurul duratei identitare şi memoriei biografice, printr-o schemă temporală ce se întreţese cu imaginarul şi productivitatea acestuia. Încă din antichitate Aristotel a subliniat că informaţiile obţinute din lumea exterioară sunt sintetizate în centrul psihismului de către intelect, în jurul memoriei şi imaginarului. Iar în psihologia scolastică și la începutul modernităţii, dimensiunea mnestico imaginativă a "simţului intern" temporal, - gteneratoare a „fantasmelor" - a fost diferenţiată de "simţul exterior" al spaţialităţii, ce permite ordonarea elementelor lumii ambientale. Ulterior, şi tot mai mult în sec XX, s-a acordat importanţă şi discursivităţii de tip narativ prin care e reprezentată şi percepută lumea de catre om. Bazându-se pe informaţiile venite din lumea înconjurătoare dar şi pe memorie şi imaginar, subiectul elaborează modele ale lumii şi ale situaţiilor în care el există; pe care le corelează cu modelele comunitare, intersubiective. El operează pe astfel de modele metareprezentaţionale pentru a schiţa strategiile prin care se raportează la ceilalţi oameni în vederea rezolvării problemelor prtactice şi a clarificării scenariilor identitar relaţionale care-l preocupă (e.g. „sunt bolnav"? sunt înşelat?"). Aceste strategii ale proiectelor şi preocupărilor unui subiect au o structură narativă. În ele subiectul se proiectează ca personaj, în interrelaţie cu alte personaje, în „câmpul narativitătii şi personajelor" ce învăluie inserţia sa în reţelele sociale intersubictive şi oficiale; precum şi în structura instituţional normativă a comunităţii în care trăieşte. Dar, dimensiunea conştientă metareprezentaţională susţine şi percepţia reflexivă de sine.

Autopercepţia este un fenomen continuu şi sintetic, bazat în primul rând pe informaţiile ce sosesc neîntrerupt prin toate sistemele informative senzoriale ale propriului corp; inclusiv cele interoceptive şi artromiokinetice, ultimele susţinând desfăşurarea mişcărilor, a acţiunilor; toate acestea fiind subsumate unităţii, identităţii şi agenţiei sinelui. Autopercepţia se referă astfel la sesizarea reflexivă a întregii structuri identitare, centrată de sinele biografic, înrădăcinat în propriul corp şi definit social. Resimţirea continuă, reflexiv conştientă a acestui fundal şi referenţial personalistic, e doar etichetată prin expresia "percepţie de sine", ea nefiind comparabilă cu percepţia unui obiect exterior.

Autoperceperea implică un continuu sentiment de "centralitate", subiectul simţind în permanenţă că sinele său, localizat în toposul corpului propriu, este sediul din care emerge, din care se nasc şi se afirmă toate gândurile şi intenţiile sale în raport cu lumea din care face parte. Lume în mijlocul căreia se plasează, resimţindu-şi trăirile ca fiind "ale sale", integrate în identitatea sa, ca aparţinându-i (funcţia de apartenenţă, "ownership" a sinelui). De asemenea subiectul resimte că el însuşi este autorul, agentul care generează şi realizează propriile gânduri, intenţii, dorinţe, decizii, acţiuni, exprimări (funcţia de "agenţie" a sinelui). Şi aceasta chiar şi atunci când este sfătuit de alţii sau i se porunceşte. Subiectul se percepe astfel, cel puţin până la un punct, ca delimitat de alţii – de alteritate şi de lumea ce-l solicită, centrat de sinele său intenţional şi reflexiv. În intimitatea sinelui său, a conştiinţei sale reflexive, în acest "spaţiu al interiorității subiective", subiectul se autoevaluează, şi se autrocaracterizează, uneori se autocondamnă sau îi este ruine. El îşi selectează amintirile, reprezentările, intenţiile, ideile, se decide. Aici subiectul poate să îşi cheme şi să-şi reprezinte evenimentele trăite doar pentru sine, în aria secretului său personal. Amintirile pot însă apărea în mintea sa şi nesolicitate; aşa cum, sub cupola somnului, se desfăşoară visele, odată cu mişcarea circulară a datelor mnestice. Există un dinamism spontan, proiectiv al interiorităţii psihismului propriu care, sprijinindu-se pe memoria circulantă, generează şi

propune în mod continuu reprezentări imagistice şi ideatice. Faptul se concretizează în ceea ce psihologia şi psihopatologia au numit "curs ideativ" sau "flux al conştiinţei". Pornind de la aceasta se desfăşoară şi pseudohalucinaţiile.

Sub denumirea de pseudohalucinaţii au fost descrise trăiri asemănătoare halucinaţiilor, care nu au însă caracter de exterioritate perceptivă spaţială : e.g. voci care sunt auzite în cap sau în inimă, în stomac. Mai rar sunt invocate imagini, de obicei figuri simple dar colorate pe care subiectul le « vede » apărând spontan în spaţiul său intern. Iniţiatorii temei pseudohalucinaţiilor în sec.XIX, Hagen şi Kandinsky, se refereau la ideea lui Kahlbaum (1847) care susţinea existenţa în creier a unui „centru al apercepţiei" care generează spontan trăiri de tip imaginar, cvasihalucinatorii, în corelaţie cu centrul memoriei Kandinsky, bazat pe psihologia lui Wund, sugera o asociaţie între această activitate generatoare şi cea a unui centru a conştiinţei, care constată, întregistrează, filtrează, sintetizează conştiinţa ajunge să înregistreze uneori, în corelaţie cu ideaţia obişnuită a fluxului ideatic ce conţine şi reprezentări imagistice, imagini vii,m pregnante, ce vin din interior care i se impun fără intenţia sa; şi pe care, nu le poate influenţa. Dar pe care le poate contempla, în spaţiul psihic interior.

Pseudohalucinaţiile sunt distincte de fenomenele de rememorare, de imaginare sau de percepţie, fiind mai apropiate de reprezentările involuntare. Ele se mixtează cu apariţia spontană a unor idei în fundalul conştiinţei, fiind independente de organele de simţ. Seglas a apropiat fenomenul de gândirea şi vorbirea interioară, atrăgând atenţia asupra lipsei unui vocabular psihologic adecvat pentru a le descrie. Ey şi Claude le-au ataşat de gândirea intruzivă şi obsesivă. E vorba oricum, de fenomene psihice pe care subiectul le poate sesiza în fundalul subiectivităţii sale conştiente, la un nivel la care se derulează spontaneitatea fluxului ideativ.

Pseudohalucinaţiile, aşa cum au fost ele descrise tradiţional şi cum se întâlnesc şi în prezent, pot fi corelate cu alte trăiri, psihopatologice şi normale.

Cele psihopatologice se referă la tulburările formale ale cursului ideativ: ideaţia intruzivă, presiunea gândirii, mentism, asociaţii bizare, fuga de idei, ecoul gândirii. Acestea puteau fi condiţionate, pe de o parte de anormalitatea vitezei cu care se derulează procesualitatea circuitului de ofertă mnestico-imaginativă; pe de altă parte, de insuficienţa „filtrului informaţional"; replică la acest nivel a aceluiaşi filtru ce funcţionează penttru informaţia externă.

În perspectiva normalității, fluxul ideativ se deschide în direcţia preocupărilor sau solicitărilor persoanei, punând la dispoziţia acestora o bază cât mai largă de informaţii interne, mnestice, care pot fi accesate şi selectate. Pornind de la acest nivel, dacă se trece în direcţia unei acţiuni sau a unei realizări în plan ideo verbal – așa cum ar fi rezolvarea unei probleme sau transmiterea unui mesaj – fluxul ideativ intră în serviciul unor funcţii executive orientate spre atingerea scopului. Integrând datele astfel obţinute subiectul le "personalizează" în aria agenţie sale. Sursa mnestică şi de cunoaştere din care se alimentează cursul ideativ este însă amplă. Asupra acestui aspect ne atrage atenţia psihanaliza şi arta suprarealistă.

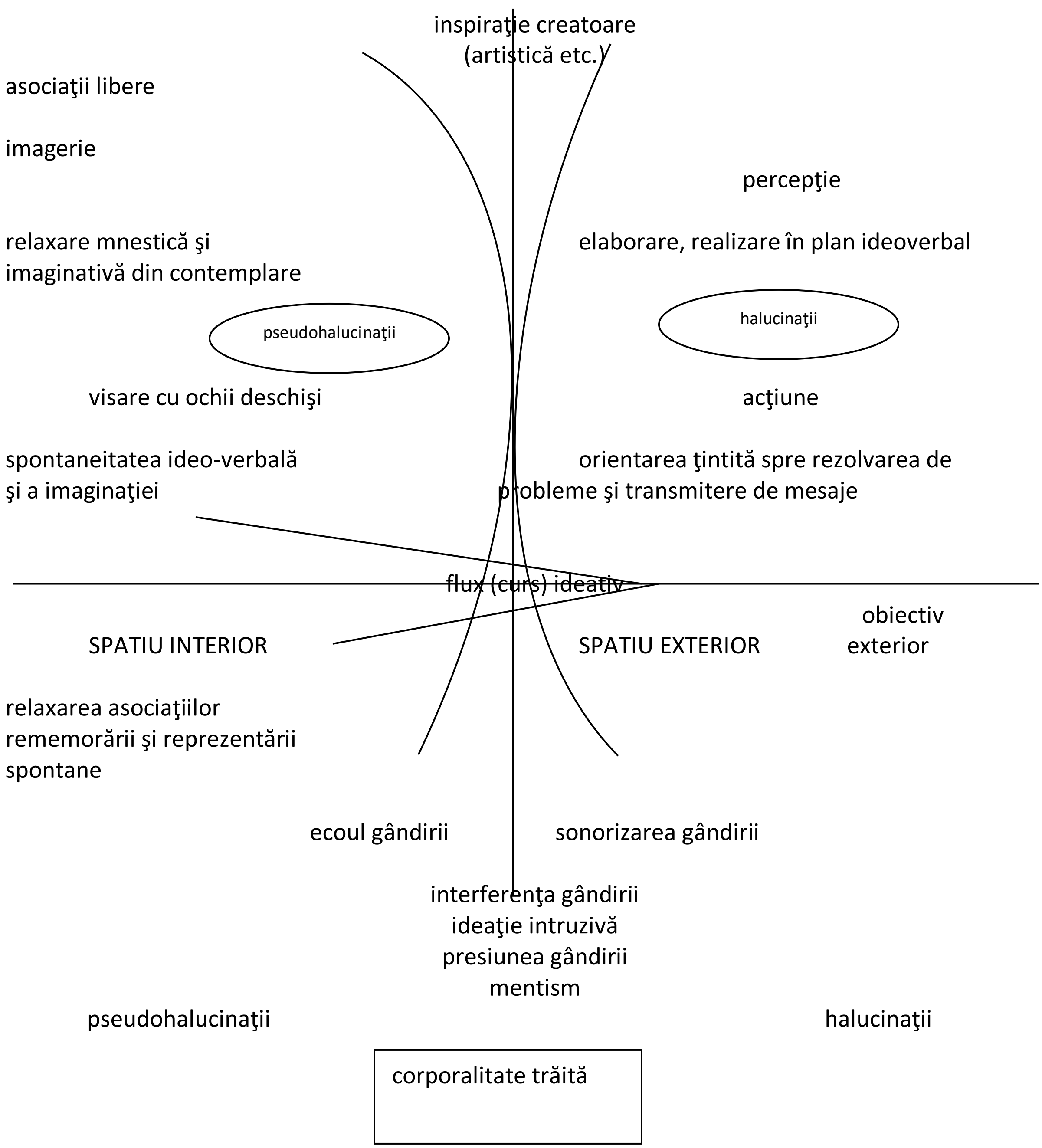
Cura psihanalitică a asociaţiilor libere stimulează conştientizarea unor structuri mai profunde ale circulaţiei datelor mnestice în corelarea lor cu scenarii motivaţionale şi intenționale ale "complexelor inconştiente". Pe măsură ce acestea ajung să fie verbalizate şi sunt interpretate în spaţiul relaţional dintre terapeut şi pacient, acesta din urmă ajunge să decripteze, ca într-un fel de oglindă, aspecte structurale profunde, blocate în adâncimea psihismului identitar al pacientului. Cel puţin acesta era doctrina lui Freud, care susţine că pe o astfel de cale se poate petrece şi o restructurare a psihismului acestuia , benefică pentru sentimentul de identitate autonomă a sinelui.

Creativitatea se bazează şi ea, în orice domeniu, pe pulsaţiile fundalului mnestico imaginativ şi ideativ. Este tocmai ceea ce a avut în vedere suprarealismul când a cultivat "dicteul automat". Dar materialul creativ brut odată produs spontan,

***Chenar 57***

**Cursul ideativ**

între spontaneitate şi orientare ţintită



necesită o prelucrare creatoare conştientă, care-l personalizează. Revenim cu această ocazie la sugestia că „lumea delirantă" a psihoticilor ar putea fi înţeleasă ca o tentativă eşuată în cadrul minusului psihopatologic, de a elabora scenarii (de tip roman, dramă, tablouri etc.) autobiografice fictive, aberante. În delir logica şi normativitatea discursivităţii şi creaţiei sunt prăbuşite în haos.

Revenind la problema creaţiei nu trebuie uitat că inspiraţia, care era pe vremuri atribuită unui geniu, e dublată la orice creator de truda finisării, prin care ea e supusă agenţiei sale psihice, de elaborare a unei opere spirituale. Opera de artă astfel produsă capătă autonomie, în câmpul culturii, înstructurând în ea pecetea personalizantă a celui ce a realizat-o. Şi, prezentând o viziune nouă, frumoasă şi stimulativă asupra lumii umane. Pseudohalucinaţiile se rezumă însă doar la înregistrarea unor producţii imaginative ideatice a cursului ideativ anormal, fără nicio interpretare sau prelucrare.

Autopercepţia subiectului poate fi comentată ca un aspect al reflexivitătii sinelui, cu accent pe dimensiunea sa idnetitar biografică, care sintetizează şi zona sa de autogenerativitate şi dinamism preintenţional, de dinaintea actelor voluntare; adică a proiectelor şi acţiunilor elaborate conştient şi realizate cu ajutorul funcţiilor executive, domeniu ce se află şi el sub un fel de autocontrol permanent. Agenţia subiectului se întinde, desigur, şi spre acest teritoriu profund, la limita căruia el poate înregistra, atunci când e atent, „cursul său ideativ", cu o anumită obiectivitate, analizând şi preluându-l. În relaţionarea subiectului cu ambianţa sa, mai apare însă un aspect, referitor la căutarea şi sintetizarea activă a informaţiilor.

### 7.5. "Centralitatea" psihopatologică; trăirile referenţiale, dispoziţia şi percepţia delirantă

Iluzia perceptivă şi fenomenul *salience* – hipersemnificarea unor detalii decontextualizate – susţin, prin mecanismul unei interpretări patologice, o bună parte a convingerilor delirante monotematice, cum ar fi cele de gelozie, persecuţie

sau hipocondriace. Preocuparea şi argumentarea delirantă caută să se sprijine pe "evidenţa" unor astfel de fapte perceptive. În psihopatologia delirantă se ajunge frecvent şi la trăirea unui sentiment de "centralitate", ce se conjugă cu trăiri perceptive particulare de referinţă, în cadrul scenariului clasic al „delirului primar". Sentimentul de centralitate constă din impresia dominantă a subiectului că se află în centrul unor evenimente importante, care se pregătesc pentru el, care îl privesc. Trăirile senzitive de relaţie, ce constau în impresia că alţii privesc subiectul în mod deosebit şi îl comentează, se corelează cu acest fenomen. Dar e vorba doar de o intersecţie, deoarece valenţele senzitivităţii relaţionale sunt multiple: curiozitate, comentarii depreciatoare de batjocură, supraveghere etc. Iar trăirea centralităţii nu se rezumă la resimţirea unor priviri speciale ale altora.Simptomele de referinta constau in faptul ca atenţia pacientului este atrasă de variate detalii ale ambianţei, culori, numere, fenomene atmosferice etc. Acestea îi apar ca mesaje misterioase ce îi sunt transmise, astfel încât subiectul intră într-o tensiune de aşteptare ce poate creşte progresiv.

Până la un punct tensiunea menţionată e similară celei anxioase; dar ea nu mai e chiar aşa de difuză, de vreme ce e vorba de ceva ce se anunţă şi se apropie progresiv. În plus, nu totdeauna e presupus un eveniment ameninţător. Percepţiile referenţiale capătă forma unor semnale. E vorba de percepţii obişnuite, uneori chiar de detalii minore, care se impun ca un fel de mesaje. O culoare – de ex.roşie – un cântec de pasăre, zgomotul unei maşini ce trece, un cuvânt de pe o firmă, câteva cifre, o melodie de la radio, întâlnirea unui prieten, felul cum e aranjată o vitrină, toate nu mai sunt întâmplătoare şi indiferente. Ele se încarcă de o semnificaţie deosebită:...Subiectul se întreabă şi îi întreabă pe alţii: "oare ce vrea să însemne (ce mesaj special pentru mine poartă) acest număr, culoare, zgomot etc.?" Nimic nu mai e indiferent...fragmentele realităţii se învârt în jurul pacientului într-un vârtej, crează o atmosferă specială, stranie, bizară ce creşte şi îl ameţeşte. El îi interpelează pe cunoscuţi:..." ai văzut!!..."

Chenar 58

**Minusul sintetzei informative de tip perceptiv ce caracterizează situaţia celui ajuns în starea dispoziţiei delirante bazale.**

Obţinerea, sinteza şi utilizarea informaţiilor de către un subiect este un proces activ, ce exprimă intenţionalitatea sa reflexivă şi autogenerativă. Încă din biologie, căutarea informaţiilor importante pentru individ se realizează printr-o investigare a mediului înconjurător, care solicită intens organele motorii şi senzoriale, punându-le în tensiune. Pentru om, căutarea acestora se realizează în diverse baze de date specializate, ea necesitând în continuare strategii şi un efort aparte. Apoi, însăi procesul banalei percepţii este unul intenţioal şi activ. Datele ce urmerază a fi suintetizate şi folosite sunt decupate din oferta situaţională ambientală şi cea a memoriei, prin participarea unor "analizori" şi a unor organe de simţ complexe (de ex. ochiul) ce sunt dirijate şi controlate prin informaţie feed back. Ansamblul informaţiilor decupate la periferie – din mediul exterior şi din memorie – trec apoi prin sita selectivă a unui filtru (atenţional) care îndepărtează informaţiile neimportante, "zgomotele" (în raport cu intenţionalitatea centrală a subiectului). Se ajunge apoi la sintetizarea perceptivă propriu zisă, care circumscrie întreguri structurate – ce conţin părţi şi detalii, ordonate şiu interconectate ierarhic – a căror contur formal semnificant se deatşează pe un fundal accesibil; şi se articulează cu "textul discursiv" al unei informaţii de ansamblu, ce are sens pentru subiectul ce se raportează la o situaţie actuală problematică. Doar astfel prezentul evenimenţial al subiectului, ce se reliefează între trecutul rememorabil (bază a identitătii biografice) şi viitorul proiectat.

Când se ajunge la starea psihopatologică a "dispoziţiei delirante bazale" toate aceste aspecte structurale – şi întreg edificiul prezentului trăit – este relaxat, dezorganizat, pe care de colapsare, pentru trecerea pe care o realizează transpersonalizarea, în direcţia scenei lumii delirante.

De vreme ce nu înţelege clar ce se petrece, subiectul se simte înconjurat de semnale aluzive, cu subînţeles. Alteori este convins că i s-a transmis un mesaj cifrat sub forma unui titlu din ziar sau a unei expresii de la radio. Aceste adresări "care simte că îl vizează personal" pot fi resimţite cu dublu înţeles: unul comun pe care-l poate descifra oricine; şi altul secret, pentru sine. În "atmosfera sau dispoziţia delirantă" pe care o trăieşte, pacientul poate considera că un comentator de la TV "îl priveşte direct în ochi"....sau, chiar, că e privit cu înţeles de o statuie, de un animal, de un câine de ex.

Starea psihică în care se află o persoană cuprinsă de „dispoziţia delirantă bazală” este una deficitară, în care capacitatea de sintetizare a informaţiilor actuale disponibile sinelui este grav perturbată. Acest deficit structural pregăteşte „căderea” psihismului personal pe scena sau orbita pe care se va derula delirul, a transformării persoanei într-un personaj schematic, cuprins într-un scenariu aberat.

Starea de aşteptare şi tensiune menţionată mai sus, se amplifică până la un moment dat când, o percepţie banală (sau o amintire, o intuiţie) iese în relief şi îi clarifică brusc subiectului o idee delirantă, ce se referă la rolul său de personaj central într-un scenariu tematic fictiv :” deci, sunt urmărit de Mafia internaţională deoarece urmează să fiu ales preşedinte ONU” ;sau:.”sunt vinovat pentru toate războaiele din lume şi condamnat la chinuri veşnice”.Acesta e scenariul clasic care s-a profilat la începutul sec.XX şi a fost etichetat de Jaspers ca delir primar constituit printr-o percepţie delirantă în urma unei dispoziţii delirante primare. Jaspers considera că doar pe această cale se ajunge la “delirul propriu zis”, diferit de stările deliroide.

Din scenariul procesului psihopatologic comentat de Jaspers pentru delirul primar, se poate reţine că în el nu intervin neapărat halucinaţiile. Percepţiile referentiale sunt în general corecte, dar fragmentate şi decontextualizate. Niciuna din ele nu se impune pentru a trimite direct la o semnificaţie specială care să clarifice un scenariu delirant (monotematic) ca în fenomenul „salience”. Iluziile pot fi prezente; dar suntem acum dincolo şi de simplele percepţii reliefate, importante pentru delirurile sistematizate de tip paranoiac. În prim plan e o dispoziţie specială, atmosferică, în sensul că subiectul se simte înconjurat de “percepţii-mesaje” misterioase, nefamiliare, ciudate, ce îl fac să se simtă străin. Dispoziţia delirantă e deosebită nu doar de dispoziţiile ce susţin implicarea în viaţa cotidiană, ci şi de dispoziţiile afective anormale maniacale, depresive sau anxioase. Deoarece sentimentul dominant este de nefamiliaritate, de apropiere a unui eveniment interior, a unei metamorfoze, ce se va petrece cu sine. În această

atmosferă de stranietate nu e aşteptată o informaţie exterioară clarificatoare a unei probleme situaţionale, ca în anxietate. Ci o informaţie revelatoare ce deschide un nou orizont interior, o nouă înţelegere a lumii, ceva neobişnuit ca în cazul producerii unei metanoia spirituale. Dar care acum se finalizează prin"căderea" subiectului, prin „transpersonalizarea" sa pe orbita psihotică a scenariilor delirante, mai mult sau mai puţin fantastice.

În modelul pe care-l propune Jaspers pentru instalarea delirului primar rolul central îl are, în final, percepţia delirantă. Aceasta e o percepţie banală care devine purtătoarea unei semnificaţii care, reduce tensiunea dispoziţiei delirante şi parcă deschide brusc uşa spre intrarea pacientului într-un scenariu aberant, în care el devine un personaj. De ex. perceperea unui câine negru îi relevă brusc că "e bolnav de cancer hepatic şi va infesta întreaga omenire cu EBOLA, înainte de sfârşitul lumii". Jaspers insistă în mod special asupra rolului semnificaţiei care, deşi e consubstanţială oricărei percepţii, intervine în cazul delirului primar cu sens special. El scrie:

> "Experienţa delirului primar este analoagă cu sesizarea directă (de tip vizual) a semnificaţiilor (Sehen von Bedeutungen). Conştiinţa unei semnificaţii particulare produce o transformare radicală. Receptarea intruzivă directă, imediată (unmittelbar) a noii semnificaţii este experienţa fundamentală a delirului primar. Nu e vorba de o interpretare, ci de o experimentare directă a unei semnificaţii aparte pe care o ocazionează perceperea unui lucru sau a unei situaţii, care formal rămâne normală şi neschimbată. Orice experienţă delirantă primară este o experienţă a semnificaţiilor".

În continuare Jaspers dă câteva exemple de delir primar recent instalat:

> "Dintr-odată (pentru pacient) lucrurile par să semnifice ceva cu totul deosebit. El vede oameni în uniformă pe stradă; aceşti sunt, desigur, soldaţi spanioli. Apar alte uniforme; sunt acum soldaţi turci. Este (desigur) arhiducele mort care a reînviat. Două persoane ce se întâlnesc sunt Schiller

> şi Goethe...(alt pacient).” Plecând dimineaţa de acasă am constatat în piaţa brusc că ceva e în neregulă cu ceasul; s-a oprit brusc şi a început să meargă în alt sens; m-am gândit că se apropie sfârşitul lumii; am văzut nişte soldaţi şi mi-am dat seama că sunt o persoană “aşteptată”; ei au trecut uitându-se la mine, mi-am dat seama că lumea se învârte în jurul meu….Când a trecut o maşină nu am auzit-o...pe măsură ce maşina se apropia am simţit că parcă emit ceva care ar putea-o opri…începeam să refer totul la mine, parcă totul era făcut pentru mine…lumea nu se uita la mine şi asta parcă-mi transmitea că sunt o fiinţă îngrozitoare şi de aceea evită să mă privească”.

Exemplele lui Jaspers ilustrează nu doar mutaţia bruscă pe care o resimte pacientul în universul ireal şi incomprehensibil al delirului marcat de centralitate, ci şi caracteristicile de ficţiune ale acestui univers, în care apar personaje istorice şi culturale, extrase desigur din memoria sa. Este ca şi cum el a trecut un prag şi a căzut într-o altă lume, spre un tărâm de ficţiune, din care nu-şi mai poate reveni spontan. Totul se petrece la fel ca atunci când începi să citeşti o carte de basme fantastice sau ai coborâ pe o scenă unde se joacă un teatru absurd; şi a-i adopta cu convingere rolul unuia dintre personaje, urmând ca în continuare să trăieşti după regulile de desfăşurare a scenariului piesei. Şi încă, fără a mai putea reveni apoi în sala de spectacol. Şi pleca acasă, în mijlocul vieţii cotidiene.

## 8. Răspântia sd.depersonalizării şi transpersonalizarea psihotică

Subiectul care e centrat de sinele său intenţional, reflexiv şi autogenerativ, se autopercepe continuu cu un sentiment de centralitate referenţială, în raport cu variatele situaţii pe care le percepe în lumea înconjurătoare. Această autopercepţie de fond, identitară în esenţa sa, este implicită şi de obicei preconştientă, ea relevându-se conştiinţei reflexive doar parţial, în momente de deliberare şi decizie importantă, de introspecţie, inspiraţie sau autoevaluare. Constanta autopercepţie preconştientă susţine şi reglează sentimentul identităţii de sine şi al autonomiei agenţiei proprii. În rest, relaţionarea cu situaţiile lumii şi cu ceilalţi se realizează spontan şi firesc, prin activarea unor variate disponibilităţi pe care psihismul le posedă. Psihopatologia ne relevă însă şi în această direcţie aspecte particulare, trimiţându-ne spre împrejurări în care percepţia, controlul şi analiza de sine sunt exagerate şi anormale. Deja a fost comentată autosupravegherea exagerată egodistonă, decizională şi de acţiune a obsesivului; şi sentimentul de centrealitate stranie din „atmosfera dispoziţiei delirante”. Alte aspecte ni se relevă odată cu sd. depersonalizării.

### 8.1. Tulburarea de depersonalizare/derealizare disociativă standard

Una din tulburările aparent ciudate dar care e semnificativă pentru specificul uman al psihopatologiei este sindromul de depersonalizare/derealizare (Sd.dep/der) care în prezent e plasat în clasa tulburărilor disociative. În DSN-5 el e caracterizat astfel:

**Depersonalizarea se referă la un sentiment (trăire, experienţă) de nerealitate, detaşare, nefamiliaritate sau de a fi un observator exterior faţă de propriile gânduri, sentimente, senzaţii, corp sau acţiune (se pot include alterări perceptive, distorsiuni ale sensului timpului, nerealitatea sau absenţa sinelui, anestezia sau indiferenţa afectivă).**

**Derealizarea constă în experimentarea irealităţii şi detaşării de ambianţă (e.g.indivizii şi obiectele sunt experimentate ca nereale, ca în vis, ciudate, lipsite de viaţă sau distorsionate vizual).**

**În timpul experienţelor dep/der testarea realităţii rămâne intactă.**

**Sentimentul de nerealitate şi detaşare din depersonalizare se poate referi la întregul sine sau la părţi ale acestuia. De ex. pacientul poate afirma: „eu nu mai sunt cineva...eu nu mai am sine...sunt nimeni....; ştiu că am sentimente dar nu le mai simt, gândurile mele îmi apar ca şi cum nu ar fi ale mele...capul mi se pare umplut de bumbac...etc." Poate fi resimţit un redus sentiment al agenţiei: subiectul se simte ca un robot, sau automat, ca ne mai având control asupra propriei vorbiri şi asupra propriilor mişcări. Depersonalizarea se poate manifesta şi ca o dedublare a psihismului prin care o parte observă şi alta participă, exemplul cel mai pregnant fiind sentimentul de a fi în afara propriului corp sau a exista într-o lume paralelă. Apar experienţe corporale anormale, subiectul se poate simţi ca în vis sau ca după un clopot de sticlă, în interiorul unui balon transparent etc. Ambianţa pare artificială, fără culoare şi viaţă, uneori cu perceperea unor distorsiuni formale; modificări ale câmpului vizual, vedere aplatizată bidimensională sau cu exagerarea tridimensionalităţii, obiecte mai mari sau mai mici, culori şterse sau vii, sunete estompate sau stridente.**

**Sd.dep/der aşa cum e descris el în prezent în Capitolul Tb.disociative din DSM-5 şi ICD-11 ar putea fi considerat ca o variantă standard (sd. dep/der/st).**

Sd.dep/der a fost descris în sec.XIX de către Krishaber (1873) care îl caracteriza ca „o stare în care apare sentimentul sau senzaţia că gândurile şi actele scapă persoanei sau îi devin străine". Termenul s-a impus prin Dugas (1894, 2011) care publică împreună cu Mantier o monografie cu titlul „La dépersonalisation". Definiţia pe care acesta o avansează este: „o stare morbidă ce presupune pierderea

sensului identităţii personale şi sentimentul de stranietate sau irealitate a propriei lumi şi a propriilor acţiuni”. Sindromul, centrat deci pe sentimentul pierderii identităţii proprii, a apartenenţei la sine (ownership) a propriului corp, a propriilor trăiri, a propriului trecut, şi a indicilor de identificare socială, a fost întâlnit ca manifestându-se în multe afecţiuni psihiatrice şi neurologice (epilepsie, migrene) dar şi în condiţii de epuizare şi stres. La începutul sec.XX expresia de „depersonalizare” a fost utilizată şi în psihoze, de ex. de Jaspers, pentru caracterizarea patologiei schizofrene în sensul perturbării identităţii, coerenţei limitelor şi agenţiei eului conştient la schizofrenii ce ajung în orbita psihotică prin dispoziţia delirantă bazală. Opţiunea s-a menţinut un timp, astfel încât Langfeldt a comentat diferenţa între „schizofrenia depersonalizantă” care dezorganizează structura persoanei şi episoadele „schizofreniforme”. Varianta autist deficitară a schizofreniei a fost de asemenea mult timp etichetată ca „depersonalizare anonimizantă şi devitalizantă”. Totuşi, sd.dep/der centrat pe sentimentul subiectiv al nefamiliarităţii în raport cu sine şi ambianţa, a fost în continuare descris şi în afara pihozelor. El s-a dovedit a se manifesta mai ales în strânsă legătură cu stările anxioase (atac de panică), cu cele depresive şi obsesive.Ţinându-se cont de faptul că în aceste cazuri e vorba de o tulburare în care „testarea realităţii” rămâne intactă, corelaţia sd.dep/der cu psihozele şi procesualitatea schizofrenă a trecut, treptat, în plan secund. Odată cu înlocuirea conceptului de histerie prin cel de tulburări disociative şi cu preluarea de către noul diagnostic a întregii moşteniri psihopatologice a bolii atribuită pe vremuri uterului, sd. dep/der a fost ataşat acestei clase de tulburări ca o variantă aparte. Faptul se datorează parţial apropierii fenomenologiei sale de stările de înlocuire sau pierdere a identităţii, inclusiv a celor din transă cu posesiune, înregistrate tot mai frecvent de psihiatrii din diversele părţi ale lumii în condiţiile globalizării. În paralel cu sintezele manualelor oficiale de diagnostic DSM III-5 şi ICD-10-11, cercetătorii mai recenţi au reluat însă şi studiile privitoare la implicarea unor aspecte din sd. dep/der în apariţia

psihozelor; atât cu ocazia primului episod de psihoză; cât şi a unor simptome specifice schizofreniei deficitare. Se susţine astfel şi o variantă „obiectivă”, a unei depersonalizări anonimizante.

Dintre simptomele ce caracterizează sindromul de depersonalizare/derealizare standard, câteva se cer subliniate. În primul rând este vorba de resimţirea unei speciale dedublări psihice (observator extern al propriului psihism şi corp) prin care autopercepţia nu mai e un fenomen spontan şi implicit. Apoi, caracterul eminamente subiectiv, autoreflexiv al acestei simptomatologii, neobservabil prin nicio manifestare comportamentală sau corporală. Faptul îl diferenţiază faţă de stări dispoziţionale ca anxietatea şi depresia; dar şi de toate

**Chenar 59**

**O sinteză recentă a simptomatologiei sindromului de depersonalizare/derealizare (standard)**

**(după Sierra – 2009)**

- Asomatizarea: - Pierderea sentimentului de apartenenţă la sine a corporalităţii: corpul e resimţit parţial sau total străin; - Pierderea sentimentului că subiectul este agentul mişcărilor pe care le face, simţindu-se ca un automat (fără ca “agenţia” să fie atribuită altora ca în SPR); - Sentimentul de a se simţi în afara propriului corp (halucinaţiile autoscopice sunt rare – 15%); - Autoobservarea detaşată a propriului comportament, cu dedublarea eului: unul din euri acţionează, celălalt observă; - Distorsiuni perceptive corporale: părţi ale corpului sunt resimţite mai mici sau mai mari, deformate, cu senzaţii particulare (“ca şi cum capul ar fi mare şi de vată”).

- Dezafectualiarea, indiferenţa emoţională: - Trăirile emotive nu mai sunt resimţite, subiectul nu mai simte plăcere sau bucurie (anhedonie), nu mai e impresionat de muzică, nu se mai bucură de prezenţa altora şi nu mai rezonează afectiv împreună cu ei (deşi poate întelege starea lor afectivă); - Anestezia afectivă nu se manifestă corporal şi nu e evidentă expresiv, ca în schizofrenie.

- Desinvestirea afectiv personală a reamintirilor şi a imaginărilor ce-l implică pe pacient, pe care subiectul le trăieşte detaşat, fără semnificaţie personală: “îmi amintesc lucrurile ca şi cum nu mi s-ar fi întâmplat mie”; - Alterarea sensului duratei : timpul apare ca lipsit de relief şi direcţie; pot apare fenomene de “déjà vu”, “deja vecu”. Fenomenele se corelează nu doar cu tulburările temporale ale reamintirii ci şi cu cele spaţiale, corelate perturbării resimţirii corporalităţii;

- Sentimentul de “gol mental”, însoţit de dificultăţi ale atenţiei, concentrării sintezei; subiectul trebuie să facă un efort conştient pentru a realiza diverse sarcini, fapt ce favorizează “hiperreflexia”. Mintea apare “rece”, “îngheţată”, opusă efervescenţei entuziasmului creator.

- Derealizarea: sentimentul de a fi rupt de lumea înconjurătoare. Aceasta e resimţită “nereală”, îndepărtată, ca în vis, stranie, nefamiliară. Poate apare sentimentul că oamenii se comportă mecanic, ca păpuşile. Se poate menţiona un obstacol invizibil între subiect şi lumea înconjurătoare, metafora clasică fiind: “mă simt ca sub un clopot de sticlă”.

acest sindrom nicio trimitere relaţională, de dependenţă faţă de o alteritate de tip personalistic. Alt aspect specific e sentimentul de nefamiliaritate cu lumea şi cu sine, stranietatea ce trimite până la un punct, spre alte condiţii decât viaţa cotidiană, aşa cum ar fi visul, realitatea ficţiunii literare sau a mitologiei religioase; dar, fără căderea pe o nouă identitate, delirantă de personaj dintr-un scenariu aberant. Ar mai fi de remarcat dispoziţia de neimplicare şi detaşare, chiar de indiferenţă, diferită de toate celelalte dispoziţii umane. E indicată astfel o zonă specială a psihismului uman care precede, ca o condiţie de posibilitate, stările dispoziţionale în general.

Simptomatologia de nefamiliaritate şi detaşare faţă de propria existenţa – faţă de propriul psihism, trecut, corp, propria lume – însoţită de amorţeală afectivă şi un gol interior, pare la prima vedere necorelată cu trăirile uzuale ale psihismului uman. Totuşi, dacă privim mai atent istoria omului prin raportarea sa la transcendenţa sacrală, pot fi întâlnite cel puţin două aspecte sugestive. Pe de o parte, sentimentul de vid interior şi plictis, de neaderenţa la lume şi sine, ce apare în starea de „acedie", a călugărilor şi misticilor, ce se simt părăsiţi de Dumnezeul lor; şi care sunt reactualizate în lumea modernă prin sentimentul de plictis. Pe de altă parte, în istoria religiilor, în perioada în care s-a afirmat monoteismul iudeo creştin, acesta a avut de înfruntat multiplele şi viguroasele secte ale gnosticismului, care criticau Vechiul Testament ca bazându-se pe creaţia lumii de către un Demiurg inferior. „Iluminaţii" gnostici se revendicau de la „adevăratul Dumnezeu", de la Deitatea cea bună şi absolută, ei considerându-se „străini", alungaţi în această lume de care se simţeau detaşaţi. Lumea terestră îi apărea ca nefamiliară şi se dedicau reîntoarcerii în patria lor spirituală adevărată. Astfel de trimiteri la dimensiunea spiritual religioasă a psihismului uman nu trebuie considerate forţate, dat fiind faptul că tocmai în cadrul Tb. disociative e prezentă categoria „tb.de transă cu posesiune". Dimensiunea transcendent sacrală este, de altfel, constitutivă pentru

***Chenar 60***

**O sinteză semiologică clasică asupra depersonalizării din 1961**

Follin S., Azoulay J., La dépersonnalisation, EMC 37125 A 30, 11-1961

E conservată conştiinţa de sine şi tulburarea se exprimă prin alterarea sentimentului de a fi şi a avea un corp, de a fi o persoană care are o identitate şi percepe lumea ca apropiată, familiară, reală, ca mediul actelor prin care subiectul se simte implicat şi în care se realizează. Descrierea clinică insista asupra a 4 aspecte:

1. Sentimentul de alterare a eului psihic: sentiment de stranietate şi schimbare; îndoiala asupra identităţii, faptul de a nu se recunoaşte, vid interior, indecizie în acţiuni, pierderea voinţei, automatism, irealitatea amintirilor şi a activităţii intelectuale; sentiment de transformare şi dispariţie a afectivităţii, devalorizare, neant, vid, dedublare interioară; sentimentul dedublării poate ajunge la heautoscopie şi uneori se apropie de automatismul mental; vidul interior se apropie de o "des-animare", de scăderea intensităţii vieţii.

2. Sentimentul de alterare a eului corporal: se exprimă prin angoasa de a avea un corp transformat, straniu, ireal, care nu-i mai aparţine, cu limite vagi, pe cale de a se aneantiza, ca şi cum din el s-ar retrage toată viaţa; spre deosebire de sentimentul de imortalitate din sd.Cotard, în depersonalizare subiectul e angoasat de posibilitatea de a dispărea; pot fi prezente cenestopatii dar mai ales senzaţii stranii, de modificare a densităţii corporalităţii de devitalizare, de a fi immaterial; sunt resimţite modificări ale limitelor corpului, sentimentul de a fi în afara corpului, schimbarea vizează întregul corp dar mai ales faţa (faţa nu mai e cum era altădată).

3. Sentimentul de derealizare: lumea apare ca străină, fără realitate ("obiectele nu sunt schimbate, eu sunt cel care le vede dintr-o altă lume", "mă învăluie o atmosferă, un strat, ceva ce mă izolează de lumea exterioară"). Persoanele sunt şi ele vizate ca bizare, ca marionete, ca în vis, cu feţele deformate: "noi suntem toţi nişte morţi vii"; obiectele par să-şi piardă raportul reciproc, apare sentimentul de dezorientare, de a "fi pierdut în spaţiu". Foarte frecvent e prezentă o modificare a perceperii timpului; sentimentul subiectului că timpul nu mai curge, că el nu mai trăieşte în ritmul lumii ci într-un mare vid, apar fenomene de "déjà vu" şi "jamais vu". Un pacient afirmă: "trec ca o umbră într-o lume de aparenţe populată de fantome.

4. Autoanaliza caracterizează efortul disperat a depersonalizatului de a se regăsi pe sine, de a rezolva sentimentul de stranietate a corpului şi realităţii, a îndoielii. Ea se concretizează deseori în jurnale intime. Autoanaliza întreţine cu depersonalizarea un cerc vicios, accentuând-o. Insatisfăcut de realitate, subiectul apelează la autoanaliză dar nu găseşte repere precise; el se exprimă prin metafore, prin expresia: "ca şi cum". Autoanaliza întreţine ruminaţii mentale: scrupule, interogaţii, îndoieli, obsesii; ea vizează starea de irealitate depersonalizantă.

În concluzia părţii descriptive a articolului, autorii comentează că starea de depersonalizare poate evolua spre un delir constituit, caz în care se instituie o mutaţie, starea de perplexitate anxioasă dispărând, făcând loc certitudinii delirante. "Luată în totalitatea mişcării sale evolutive, depersonalizarea apare clinic a un process ce tinde spre delir" (sublinierea autorilor).

Autorii mai comentează: Depersonalizarea e în mod fundamental o criză, un moment evolutiv a unei dezagregări a conştiinţei şi un mod de a delira (în sens etimologic – de a sări de pe cale, drum…) "Dispoziţia delirantă se suprapune cu un mod de depersonalizare..limita între depersonalizare se lămureşte în sens evolutiv. Procesul depersonalizării reprezintă astfel articularea dintre nevroză şi psihoză, se plasează în însăşi centrul psihopatologiei psihotice delirante (subacute, oneiroide, după Ey) la frontiera unei psihopatologii a conştiinţei şi a personalităţii. (Sublinierea autorilor)

psihismul uman, însoţindu-l zeci de mii de ani. Iar în raport cu o astfel de lungă perioadă, reducerea sau metamorfoza fenomenului religios în societatea occidentală în ultimele câteva secole reprezintă o perioadă scurtă. Trecând dincolo de raportarea la transcendenţa divină, baza în normalitate a trăirilor anormale ce se manifesta acest sindrom ar putea fi căutată şi la nivelul precondiţiei dispoziţionale bazale, prin care subiectul se „deschide” şi articulează cu lumea sa specifică, în care el exista.

### 8.2. Sd.dep/der st. în afara psihopatologiei psihotice; fragilitatea autonomiie agenţiei şi identităţii în această arie

Sindromul de depersonalizare derealizare (standard) vizează câteva aspecte esenţiale ale autopercepţiei psihismului uman, aşa cum sunt identitatea şi autonomia sinelui, sentimentul de originare în sine şi de apartenenţa la sine a propriilor gânduri, intenţii şi acţiuni. De aceea, deşi într-o anumită formă standard el poate fi circumscris în clasa tulburărilor disociative, problematica pe care o ridică se răspândeşte în întreaga psihopatologie. Pe lângă apariţia ca atare a sd. dep/der st. alături sau în cadrul altor sd. pswihopatologice sau la tb.psihoneurologice şi somatice, se mai ridică problema stărilor psihopatologice în care autonomia agenţiei sinelui este de asemenea afectată, chiar dacă într-un fel mai mult sau mai puţin diferit.

Sd.dep/der/st se întâlneşte frecvent ca şi comorbiditate în patologia anxios fobică – mai ales alături de atacurile de panică – şi în cea depresivă, inclusiv în varianta bipolară. Spre deosebire de aceste sindroame, în care sd. dep/der st. nu apar simptome psihocorporale observabile. Apoi, sd.dep/der se manifestă în tulburări neurologice, prin epilepsia (temporală), migrene etc. În plus, poate apare, fără alt context psihopatologic, în stări de epuizare şi emotive. Toate acestea argumentează delimitarea sa ca un sd. specific, definit şi separat de altele.

Chenar 61

**Coordonate ale sd. dep/der standard**

Subiectul se simte

| | | | |
|---|---|---|---|
| un observator | detaşat | | propriului |
| constatator | neimplicat | | corp — lume |
| contemplator | neangajat | | sine |
| (analitic) | (extern) | a | trecut |
| ambianţă | | | |
| | | | gânduri |
| | | | sentimente — a ltora |
| | | | acte |

| | | |
|---|---|---|
| | neaderent | |
| | neparticipant | |
| se simte | nerezonant | |
| în afara propriului | anesteziat | ce-i apar ca |
| corp | afectiv | nefamiliare |
| într-o lume | gol interior | străine |
| paralelă | | nereale |
| Se poate simţi ca un automat | | îndepărtate |
| ca după un clopot de sticlă | | ciudate |
| că nu mai există | | ca în vis |
| | | de neatins |

**trăire strict subiectivă**

Chenar 62

**Coordonate ale sd.disociativ de identitate/transă**

Subiectul resimte, constant (marginal conştient):

că - propria identitate şi agenţie e substituită printr-o altă identitate şi agenţie care e cea care generează manifestările sale (vorbirea, acţiuni, deplasări, comportament, trăiri corporale)

→ el se simte substituit, dar se supune acestei condiţii, nu e în dezacord, egodiston, faţă de noua identitate

- Persoana dependentă: doreşte şi pretinde ca altul să decidă în locul său în ceea ce priveşte atitudinile, opţiunile, acţiunile, ideile sale
- Dependenţa psihică se poate extinde, dincolo de domeniul relaţional interpersonal şi aspre: - dependenţa de substanţe psihoactive; - dependenţa de anumite comportamente. Aceste aspecte se îndepărtează de problematica tb. disociative.

Plasarea sd. dep/der/st. în clasa tb.disociative e doar parţial argumentată necesită un scurt comentariu. În raport cu celelalte categorii din această clasă, la el nu se manifestă clar o atitudine sumisivă relaţională faţă de o alteritate (ca de ex. în starea de transă); sau, o dedublare prin alternanţa între două identităţi sociale ce se ignoră mnestic (ca în tb.disociative de identitate). Dar, mai ales, sd. dep/der, e singurul dintre tb. din această clasă în care subiectul se autoanalizează, constatând o anestezie afectivă însoţită de neaderenţă la trecut, prezent şi lume. Autoanaliza nu se mai regăseşte la niciunul din celelalte sd. disociative, fiind însă amplu manifestată în patologia obsesiv compulsivă (TOC).

Raportarea reflexivă a obsesivului la sine, autoanalitică şi de autocontrol exagerat al acţiunii, reprezintă de fapt principala trăsătură a TOC prin care ea se diferenţiază de tb. disociative (fost histerice), ce se caracterizează prin stări cvasihipnoide, ce îndepărtează autocontrolul lucid şi egodistonia explicită. În stările disociative e cultivată însă plasarea autonomiei (agenţiei) subiectului sub girul dependenţei de o alteritate. Sd. dep./der st. reprezintă deci acea excepţie în patologia disociativă care deschide şi orientează subiectul spre specificul antropologic în care se localizează TOC.

Dacă ne întoarcem acum spre sfârşitul sec.XIX când sd. depersonalizării a fost identificat şi descris, întâlnim frecvent acest sd. comentat şi în jurul obsesionalităţii. Aşa e în cadrul nosologic pe care Janet îl numea „psihastenie", ce reuneşte simptome obsesive, compulsive, anxioase, fobice, astenice, de indecizie, ambivalenţă şi abulie, alături de trăiri depersonalizante şi derealizante. Iar Janet le interpreta pe toateca datorându-se unei „scăderi a tensiunii psihice" cu „pierderea sentimentului realului". Ulterior, pe tot parcursul sec.XX şi în prezent, simptome ale sd. dep/der st. au fost constant identificate la pacienţii cu TOC.

În patologia obsesivă pacientul este egodiston, având sentimentul că a pierdut o parte din autonomia agenţiei sale. Trăirile obsesiv compulsive sunt resimţite ca izvorând din sine, şi nu ca impuse din exterior, de o alteritate; dar, fără

consimţământul şi participare proprie. Subiectul resimte că o parte din sine îi scapă de sub control, că agenţia sa e relaxată şi se manifestă insuficient de asertiv şi sintetic. Iar deseori, când nu mai are ce lucra, cu ce să se preocupe efectiv, „cu ce să-şi umple timpul”, obsesivul e invadat de un vid interior, de un gol al plictisului. De aceea în patologia obsesivă s-a vorbit de o „depersonalizare de fundal”.

Pacientul cu TOC, chinuit de ideaţia sa intruziv obsesivă, e atent la fundalul interior al psihismului său, fiind atras de cursul ideativ; nivel la care poate înregistra şi alte tulburări formale, ce se amplifică în schizotipie. Aşa sunt: ideaţia intruzivă, mentismul, interferenţa gândirii, blocajul gândirii cu gol mintal, ecoul, spaţializarea şi sonorizarea gândirii. Pe de altă parte, oscilaţiile decizionale caracteristice variantei psihastene a TPOC, indică o altă direcţie de manifestare psihopatologică a autonomiei agenţiei, ce se evidenţiază mai ales în cazuistica dependenţei şi impulsivităţii. Care, însă implică şi intervenţia altor persoane.

**Astfel de exemplu, în TP dependentă subiectul nu poate lua decizii în problemele zilnice minore fără sfatul altei persoane care să-şi asume responsabilitatea în toate ariile majore ale vieţii sale. El nu poate, de unul singur, să iniţieze acţiuni pe care să le ducă la capăt; nu-i poate contrazice pe alţii, se teme în permanenţă să nu ajungă fără sprijin; iar dacă pierde tutela unei persoane protectoare, caută imediat sprijin în altul.**

Pierderea autonomiei ce se întâlneşte în TP dependentă este însă una globală şi prelungită, neînsoţită de stări hipnoide, ca în transă sau fugile disociative.

Un deficit de autonomie se poate manifesta şi în alte anormalităţi personalistice, chiar dacă nu aşa de accentuat ca în cazul celei dependente. De ex. la persoane nesigure de sine, cu redusă asertivitate, anxioase, evitante. Şşi chiar la obsesivul psihasten ce problematizează mereu lucrurile în mod ambivalent. Dependenţa de substanţe psihoactive încearcă să compenseze şi ea, desigur în mod anormal, deficienţe în capacitatea de autoconducere şi autocontrol.

**Chenar 63**

**Coordonate ale patologiei obsesionale şi a tulburărilor formale ale cursului ideativ**

Subiectul, hiperreflexiv, resimte că unele

idei – <u>obsesii</u> şi

comportamente – <u>compulsii, ritualuri</u>

ce izvorăsc din sine (nu sunt impuse din afară de o agenţie străină)

se manifestă în dezacord cu voinţa sa,

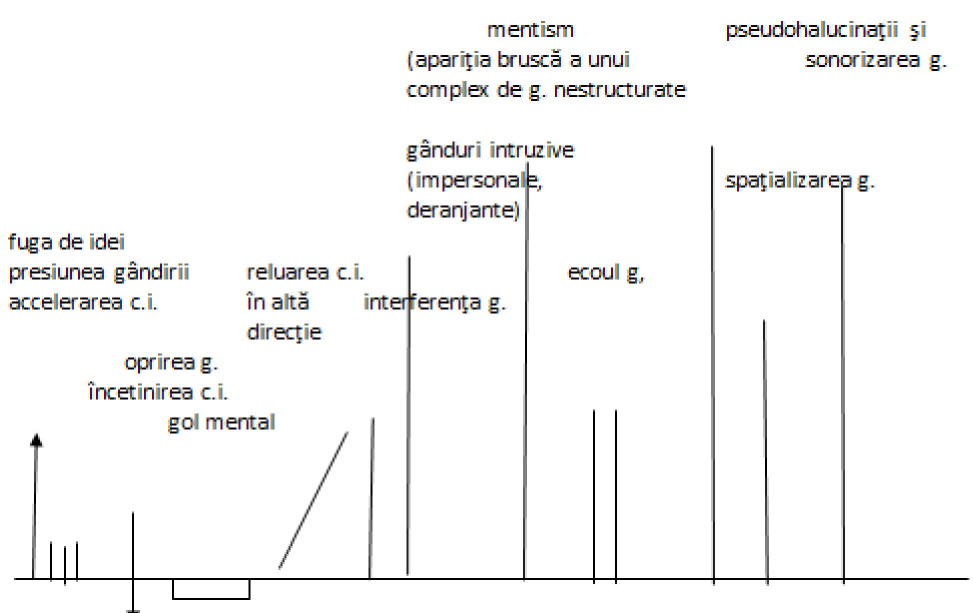
el se luptă fără împotriva lor, fără succes

egodistonie

nevoie de autocontrol şi de control al situaţiilor

**Chenar 64**

**Tulburări formale ale cursului ideatic (c.i.)**




cursul ideativ se derulează spontan în fundalul conştiinţei; generarea ideaţiei presupune ansamblul memoriei şi e spontană
memoria biografică şi culturală circulă şi pulsează
gândurile (ideile) din fluxul ideativ se referă la:

Alcoolul scade anxietatea şi poate favoriza decizii superficiale, reducând o vigilitate autoanalitică chinuitoare. Alte substanţe psihoactive pot induce chiar trăiri din seria depersonalizării psihocorporale. Iar dependenţa comportamentală - de muncă, de TV, calculator etc. -, reduce eventualităţile în care subiectul ar urma să decidă responsabil şi autonom. Tot o eludare a unor astfel de tensiuni decizionale se realizează prin anormalitatea comportamentelor impulsive, chiar dacă, la capătul lor, subiectul regretă şi se autoculpabilizează.

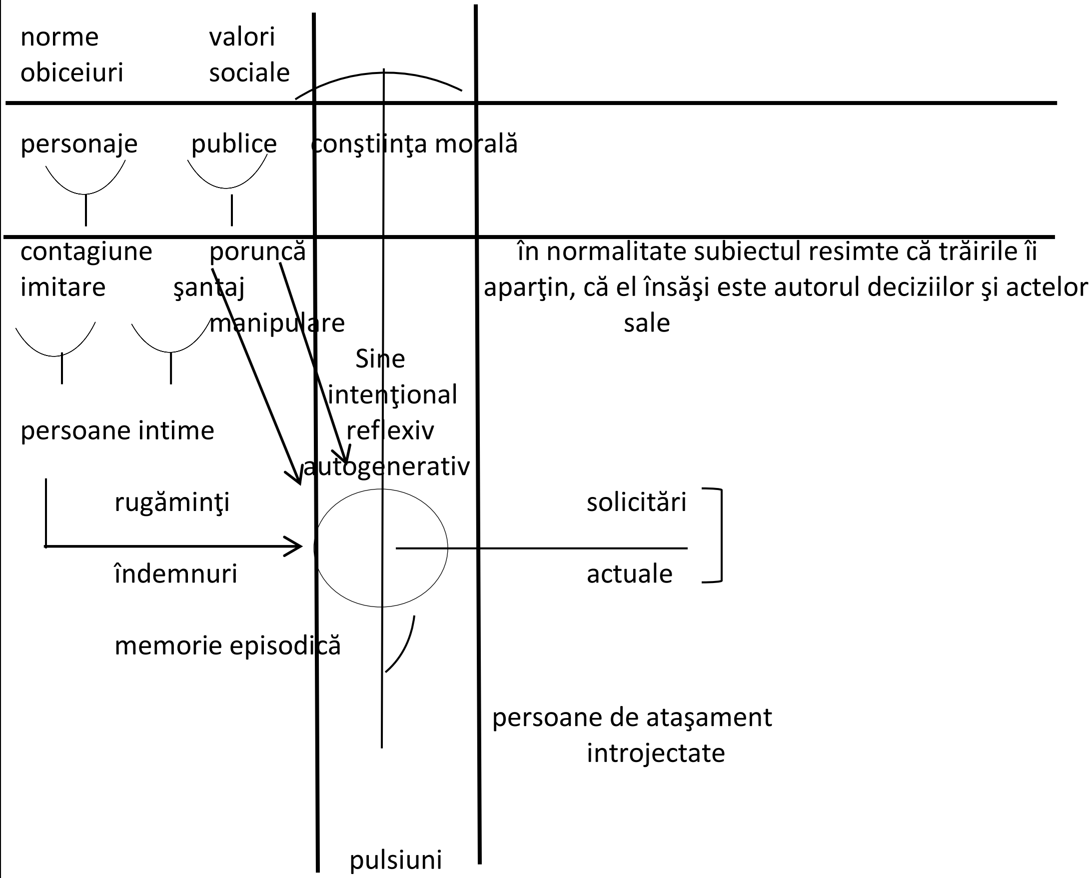
Dacă revernim la sindroamele propriu zise disociative – aşa cum e starea de transă, cu sau fără posesiune – suprimarea autonomiei agenţiei se impune ca centru al stării psihopatologice. Ea este prezentă, marginal, şi în tb. disociativă de identitate, în cea mnestică, conversivă sau cognitivă, dar într-o manieră mai puţin transparentă.

Se impune la acest nivel un scurt excurs privitor la autonomia agenţiei în psihismul omului modern normal, în corelaţie cu identitatea sa, resimţită şi manifestată.

Autonomia agenţiei are în vedere eventualele influenţe asupra deciziei libere. Pentru început se poate lua în considerare ipoteza că subiectul este singurul care decide ce urmează să facă, că el îşi asumă întreaga responsabilitate a actului său. În realitate lucrurile nu stau însă aşa. Decizia de a acţiona se sprijină, pe lângă propriul proiect şi pe lângă solicitarea situaţională, şi pe sfaturile sau recomandările altora. Ceilalţi mai pot interveni însă şi prin sugestii mai mult sau mai puţin ferme, prin porunci şi uneori prin şantaj; şi acestea, chiar din partea unor persoane de care subiectul depinde. El va decide apoi să acţioneze şi prin împărtăşirea motivaţiei cu o persoană ce îi este apropiată sufleteşte; sau prin imitare, prin contagiune socială circumstanţială. În plus, în elaborarea şi decizia actelor sale, el ţine seama de modelele educative pe care le-a asimilat, de imagoul persoanelor de ataşament pe care le-a introjectat, de normativitatea socială pe care

**Chenar 65** **Figura 9**

**Influenţe asupra deciziei, apartenenţei şi agenţiei trăirilor**




şi-a însuşit-o. În toate aceste cazuri autonomia agenţiei decizionale de acţiune se multiplică. Dar, în normalitate, sentimentul de apartenenţa la sine a propriilor acţiuni se păstrează. Influenţarea socială şi de către alţii a trăirilor, motivaţiei şi acţiunilor subiectului se înscrie în perspectiva integrării sale în reţelele interpersonal sociale, care se distribuie între o zonă intimă şi una publică. Zona intimă este cea în care subiectul îşi păstrează secretele personale, în care se generează gândurile şi dorinţele proprii; la ea având acces doar cei apropiaţi. Zona publică este cea a apariţiei sale pentru persoane necunoscute, zona în care subiectul

poate juca roluri sociale, manifestându-se aşa cum ar dori să fie receptat de către alţii.

Aceasta este şi instanţa comentariilor şi caracterizărilor publice, în care subiectul poate deveni „personaj”.

Identitatea persoanei – care este principalul aspect care se perturbă în psihoză - deşi are o structură ce poate fi tripolarizată (spre corp, biografie, social) se cere înţeleasă ca un nivel fundamental al psihismului uman, ca bază a individuaţiei sale. În această perspectivă ea presupune unitatea şi coerenţa acestei structuri, centrată şi delimitată. Centrarea se realizează prin zona nucleară, activă, autogenerativă şi autocontrolată, a sinelui intenţional şi reflexiv. Iar delimitarea, deşi dinamică şi flexibilă cuprinde împreună istoria biografică şi orizontul tuturor angajărilor, proiectelor şi preocupărilor actuale ale subiectului încorporat, şi definit socio cultural; subiect integrat într-o reţea interpersonală proximă. Prin sinele său nuclear subiectul normal resimte mereu că “el însuşi” este autorul gândurilor, deciziilor şi actelor sale, că se diferenţiază de ceilalţi, de societate şi de întreaga lume. Şi aceasta chiar dacă colaborează, împărtăşeşte idei şi acceptă sugestii, mai ales de la persoanele de care este apropiat. Coerenţa şi delimitarea identităţii personale stau la baza sentimentului de autonomie şi agenţie. Subiectul normal resimte constant că propriul corp, trecutul şi trăirile sale “îi aparţin”, sunt ale sale (“meinest”); şi că el însuşi este autorul ultim al iniţierii gândurilor şi manifestărilor sale (agenţie). În psihopatologie aceste aspecte pot fi alterate deficitar.

### 7.3. Sd. dep/der în marginea patologiei psihotice

Din istoria conceptului de depersonalizare a sec.XX merită atenţie un episod petrecut la Primul Congres Mondial de Psihiatrie ce a avut loc la Paris pe tema delirului, în 1950. Unul din referatele prezentate atunci, cel al lui Follin şi Kropf susţinea ideea că sd.dep/der poate fi şi un „moment” în procesul psihopatologic al evoluţiei spre delir; caz în care se produce o mutaţie dinspre identitatea persoanei

normale spre o nouă identitate, delirantă. Desfăşurarea delirului primar comentată de Jaspers ar fi tocmai un astfel de proces în care psihoza atacă, pritr-un proces de „depersonalizare – transpersonalizare” nucleul identitar al persoanei, conducând spre o „cădere” pe orbita unei noi identităţi, delirante. Sd. dep/der ar funcţiona ca intermediar între psihoză şi nevroză.

Iniţial psihopatologii nu au acordat atenţie acestei idei. Totuşi, sd. dep/der standard a fost frecvent întâlnit în psihozele scurte (bufeuri delirante) alături de majoritatea tulburărilor psihotice pozitive şi de cele dispoziţionale.Cercetări mai recente au indicat că simptome din aria deficitar depersonalizantă, se manifestă şi la subiecţi vulnerabili pentru schizofrenie sau în stări prodromale ale bolii. După cum s-a amintit, în perioada de la începutul sec.XX conceptul de depersonalizare a fost comentat în psihoze de către Jaspers, din perspectiva transformării persoanei prin delirul primar. Psihopatologul german considera chiar că tulburarea de bază a schizofreniei constă din patologia eului conştient, perturbat în identitatea, coerenţa, limitele şi centrarea sa prin propria-i agenţie.

Pe parcursul sec.XX s-au impus treptat cercetările psihanalitice care sugerează că în structura psihismului personal sunt asimilate, introjectate, imagourile părinţilor. Teoria ataşamentului, ce a derivat din psihologia analitică a eului şi din studiile etologice, a dat un suport experimental acestei ipoteze. Psihologia relaţiilor interpersonale ce s-a dezvoltat apoi, a indicat că raportarea nemijlocită la alţii din viaţa cotidiană se realizează traversând filtrul structurii intrapsihice de relaţionare cu ceilalţi, după o diagramă intim/public. Această structură motivaţional interpersonală inconştientă sau preconştientă, face parte din însăşi identitatea biografico caracterială a persoanei, înrădăcinată în propriul corp şi angrenată în viaţa socio culturală. Iar nucleul autonomiei agenţiei persoanei se reliefează pe acest fundal.

Către sfârşitul sec.XX s-a dezvoltat apoi, la conjuncţia dintre psihologia cognitivistă şi cea fenomenologică, un anumit înţeles al sinelui intenţional şi

reflexiv al persoanei umane, care stă la baza sintezelor agenţiei sale, reunind propriile tendinţe şi idei cu cele împărtăşite cu alţii sau sugerate. Astfel trăirile girate de sine asigură subiectului sentimentul că fac parte din propria identitate, că ele sunt „ale sale" („meiness"); şi că el însuşi este autorul lor. Acest proces bazal de sinteză pare a fi perturbat în schizofrenie. În primul rând prin relaxarea unei coerenţe centrale şi delimitante a sinelui identitar, care să personalizeze asertiv trăirile. Iar în al doilea rând, printr-o deficienţă a structurii intrapsihice care protejează zona strict intimă a psihismului de cea împărtăşită cu alţii; şi de cea în care subiectul se oferă, controlat, zonei publice.

Cercetări din ultimul timp au sondat aceste probleme.

Mare parte din sec.XX schizofrenia a fost studiată prin episoadele sale clinice şi prin cazurile cronice internate timp îndelungat în azile. În a doua jumătate a veacului a crescut însă interesul pentru evoluţia longitudinală a tulburării schizofrene în afara instituţiilor psihiatrice. Prin astfel de cercetări s-a evidenţiat atât eventualitatea unei evoluţii favorabile, cât şi particularităţi psihice ale persoanelor predispuse şi a stărilor prodromale. Unul din autorii unor astfel de studii, elevul lui Schneider, Huber din Bonn, a întreprins studii sistematice asupra cazurilor cu risc crescut pentru schizofrenie, dezvoltând o amănunţită scală de evaluare a unor simptome subiective subclinice (BSABS). Grupajul „tulburărilor bazale" pe care le-a identificat pe această cale, se referă în mare măsură la tulburări ale cursului ideativ: interferenţa gândirii, ideaţie intruzivă, gânduri pe care subiectul le resimte că „nu sunt ale sale", pe care „nu le personalizează". Sau, un blocaj, o oprire şi un gol al gândirii, fapt pe care pacientul îl constată ca un fenomen ce „i se întâmplă", fără ca iniţiativa să-i aparţină. La fel, subiecţii pot sesiza deficienţe ale iniţiativei gândirii, „mişcări automate" sau „blocaj motor", cu sentimentul că motricitatea le scapă de sub controlul voluntar. Fundalul psihic general e de anergie, astenie cu dificultate de concentrare şi sintetizare a gândurilor, ce uneori pot izbucni împrăştiat (mentism). Astfel de simptome, care

sunt resimţite ca nefiind iniţiate de sine dar nici de altcineva, sunt trăite într-o dispoziţie detaşată, deşi uşor îngrijorată. Ele sunt însoţite de eforturi de concentrare pentru a realiza sinteza necesară performanţelor vieţii cotidiene. Deficitul astfel sesizat poate fi considerat ca o avantcameră atât pentru dezorganizarea psihică cât şi pentru sd. de transparenţă/influenţă.

Cercetările şcolii din Bonn au fost continuate la Copenhaga cu Scala EASE (Parnas), din perspectiva unei doctrine care consideră că „tulburarea bazală" din schizofrenie (în forma dezorganizant deficitară) constă dintr-o specifică patologie a insuficienţei sinelui dublată de hiperreflexivitate. Pe acelaşi tip de cazuistică ca studiile din Bonn a persoanelor vulnerabile pentru schizofrenie, s-au identificat fenomene ca: interferenţa şi presiunea gândirii, ce poate ajunge până la ideaţie intruzivă şi stări de mentism, în care subiectul resimte cum o parte din gândurile sale se desfăşoară dezordonat, în afara controlului său, ca şi gânduri „anonime", nepersonalizate. Alte tulburări formale ale gândirii constau în: blocajul, ecoul şi spaţializarea gândirii. În ansamblu pacientul alunecă spre o anonimizare a gândirii, resimţind că nu mai are gânduri, opinii şi intenţii proprii, personalizate. E prezent un deficit de centrare, delimitare şi afirmare, de asertare sintetică a sinelui, dublat de o hiperreflexie primară, paralizantă.

Studiile menţionate mai sus au avut în vedere o cazuistică care, deşi era orientată spre schizofrenie, avea o propensiunea redusă spre relaţionarea interpersonală. Mai precis, însăşi structura instrumentelor de investigare, preselectează cazuri predominent orientate în direcţia unei schizofrenii simple, dezorganizate, negative. În psihoze, perturbarea raportării interpersonale se manifestă mai ales prin delirul paranoid, în care atitudinea ostilă a altora e dublată de sentimentul unei supravegheri continue, inclusiv de la distanţă. Această direcţie a distorsiunii relaţionale prin supraveghere poate depăşi de la un anumit punct chiar şi pragul limitelor sinelui, cu prăbuşirea structurii de relaţionare intrapsihică pe diagrama intim/public. Subiectul ajunge să resimtă că persoane străine pot

pătrunde până la nivelul intimităţii gândurilor şi deciziilor sale, cunoscându-le şi manipulându-le. În aceste cazuri, ideaţia intruzivă, mentismul, barajul şi golul mintal, mişcările spontane, etc., nu mai sunt resimţite ca şi anonime – aşa cum opiniau pacienţii din studiile efectuate la Bonn şi Copenhaga – ci ele sunt atribuite altora, unor instanţe xenopatice. Astfel se manifestă sd. de transparenţă/influenţă.

**Sd. de transparenţă/influenţă** constă în sentimentul subiectului delirant că intimitatea sinelui său – gândurile, deciziile, trăirile emotive, senzaţiile corporale – sunt cunoscute şi manipulate de fiinţe exterioare. Se prăbuşeşte în aceste cazuri structura intrapsihică care asigură pentru orice subiect, fără că el însuşi să poată decide ce anume din mintea sa împărtăşeşte cu alţii; şi ce rămâne doar sub agenţia şi controlul său. Suntem însă, odată cu acest sindrom, chiar la mijlocul anomaliei delirante a psihismului persoanei, în care sinele tinde să se transforme într-un personaj al unei lumi fictive, cuprins într-un scenariu aberant.

**Simptomele de transparenţă se referă la sentimentul cunoaşterii de către alţii (sau de oricine) a gândurilor intime, prin intuire, „ghicire”, „citire”, „răspândire” (iradiere, difuzare, împrăştiere), prin „sonorizare” (în urma spaţializării, a exteriorizării lor) prin „supraveghere” (supervizare îndeaproape).**

**Simptomele de influenţă vizează în primă instanţă gândirea (şi vorbirea): blocarea gândirii (g); retragerea g. (rezultând un gol mental cu reluarea gândirii în altă direcţie); inserţia, impunerea g. (sunt introduse în cap, în minte, gânduri noi, străine, care nu aparţin subiectului); influenţarea, dirijarea, contrafacerea g. Influenţele din exterior (xenopatice) pot fi resimţite şi asupra iniţierii acţiunii şi a deciziilor, a mişcărilor (subiectul se simte ca un automat dirijat), a emoţiilor (ce-i pot apare ca impuse), a senzaţiilor corporale (pasivitate somatică).**

**Chenar 66**

**Sd.de transparenţă/influenţă**

transparentă

sentiment de cunoaştere a intimităţii gândirii de persoane străine (de oricine)
- ghicirea (citirea) gândirii
- difuzarea, răspândirea,
- supravegherea g.
  sonorizarea g.

spaţializarea g.

ecoul g. gol mental
mentism
interferenţa g. g.intruzive

tulburări formale ale cursului gândirii

influentă

(acţiune xenopatică, dirijare, manevrare, manipulare) a

gândirii, vorbirii
deciziilor
actelor (comportamentelor)
emoţiilor
senzaţiilor corporale

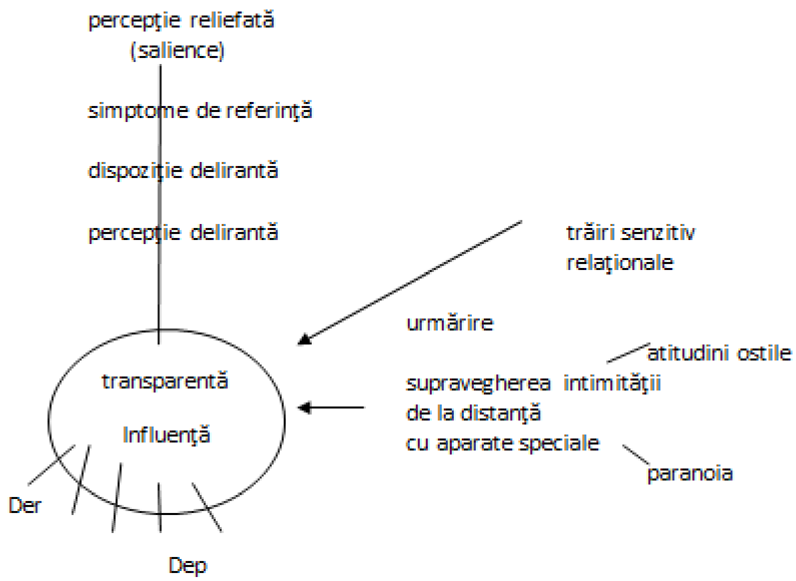
blocarea g. = sunt un automat dirijat

retragerea g. inserţia g. impunerea g.

influenţarea, dirijarea g. contrafacerea g.

**Chenar 67** **Figura 34**

**Originea simptomelor de transparenţă/influenţă**



**În ansamblu subiectul conştient şi reflexiv se simte aflat complet la dispoziţia altora, manipulat, manevrat din exterior (acţiune xenopatică), <u>ca pierzându-şi autonomia, ca ne mai fiind stăpân pe agenţia sa</u> (pe originarea în sine, de către sine, a trăirilor sale). Ceea ce în stările disociative pacientul acceptă tacit, acum în condiţia sa delirantă paranoidă-schizomorfă, el resimte ca o teribilă alienare.**

**Întreg sindromul se desfăşoară în arie relaţională. El este în întregime subiectiv, la fel ca sd. dep/der.**

**Simptomatologia de <u>transparenţă</u> se plasează evident în continuitatea celei de supraveghere paranoidă.**

Paranoidia introduce sentimentul de urmărire şi supraveghere de la distanţă, realizată cu mijloace parapsihologice, supranaturale sau cu tehnici speciale, oriunde s-ar afla subiectul, inclusiv în spaţiile cele mai intime. Dar supravegherea se opreşte în paranoidia obișnuită la limita exterioară a psihismului, a eului, a sinelui încorporat. Această limită e acum depăşită, pătrunzându-se în interioritatea psihismului intim, în locul în care subiectul resimte că propria ideaţie e generată. E vorba de nivelul cursului ideativ, plasat în „spaţiul interiorităţii intime" în care se derulează amintirile, reprezentările, în care sunt păstrate secretele. La acest nivel se manifestă şi menţionatele tulburări formale de gândire, ce au fost identificate la persoanele vulnerabile şi în prodromul schizofreniei.

Privitor la simptomele de influenţă, o etapă prealabilă a lor ar putea fi considerate fenomenele disociative, în care subiectul resimte că o parte din autonomia şi identitatea sa au fost preluate de o instanţă personalistă străină (inclusiv spirite). Dar în patologia disociativă subiectul e pasiv, conştienţa e redusă, fiind de model cvasihipnic; iar reflexivitatea autoanalitică nu e activată. Pe când în sd. de influenţă pacientul e lucid şi reflexiv, (ca în TOC) constatând cu obiectivitate perturbarea agenţiei sale. Aspectul deosebit al sd. de influenţă se

referă la manipularea ideaţiei chiar în zona originării în sine a propriilor gânduri, atitudini, opinii. Subiectul poate sesiza în această zonă a cursului ideativ şi faptul că apar unele gânduri şi imagini care sunt slab personalizate, resimţite uneori ca anonime. Dar suntem acum într-o condiţie de distorsiune patologică, în care intimitatea pare a se afla sub control străin, fapt atestat de simptomele de transparenţă. În măsura în care apare simptomul manipulării şi impunerii gândirii, devine evident că se petrece o gravă perturbare a structurii de relaţionare intrapsihică pe diagrama intim/public. Tulburare pe care pacientul o receptează reflexiv, în stilul obsesivului; şi nu în cel pasiv al pacienților disociativi. Se cere sondat acum punctul de plecare în normalitate al acestei simptomatologii.

În mod normal subiectul poate decide liber, ce să păstreze ca secret personal şi ce să comunice public, verbal sau prin manifestările sale. Desigur, uneori se poate forţa acest teritoriu, astfel încât sub tortură, ameninţare sau şantaj să se smulgă secrete personale; iar el să fie obligat să facă acte pe care nu le intenţionează şi nu le acceptă. Dar aceste situaţii nu se referă la însăşi geneza gândurilor în intimitatea subiectivităţii. Există totuşi şi în normalitate, condiţia gândurilor, intenţiilor şi opiniilor împărtăşite. Aceasta se întâlneşte la persoanele ce se află într-o strânsă legătură interpersonală, în interpătrundere sufletească, aşa cum e copilul mic faţă de mama sau doi îndrăgostiţi. Ei îşi transmit şi îşi transferă reciproc cu uşurinţa intenţiile, dorinţele, preferinţele, opiniile, deciziile, înţelegându-se doar din puţine semne şi acordându-se sufleteşte cu uşurinţă.

Ghicirea şi inserţia gândurilor poate funcţiona firesc la acest nivel, unde limbajul discursiv şi argumentativ e puţin folosit. În cadrul comuniunii sufleteşti duale, e prezentă o identificare reciprocă între cei doi, o „transpersonalizare” firească. Condiţia nu mai e similară în cazul persoanelor şi cunoştinţelor relativ apropiate, faţă de care se mai păstrează unele secrete personale; şi nu funcţionează o rezonanţa afectiv ideatică pronunţată. Cu atât mai puţin persoanele oficiale şi cele străine nu au acces nici la secretul personal nici la geneza propriilor intenţii,

dorinţe, decizii. Deci, la „agenţia generării propriei ideaţii”, în inima interiorităţii sinelui.

O astfel de diagramă intim public e de presupus că a ajuns să fie constitutivă psihismului uman, după aprox. 10.000 ani de existenţă în localităţi şi oraşe, modalităţi de existenţă, în care viaţa intimă familiară se polarizează cu cea publică, oficială. Dacă polii extremi ai structurii relaţionărilor pe axa intim public se ating şi se contopesc psihopatologic, simptomele de transparenţă influenţă se instalează, în mod evident. De fapt, simptomatologia se manifestă în apropierea condiţiei delirului paranoid; deci a stării în care subiectul se reduce la condiţia de personaj.

O a doua perspectivă care apropie sd. de transparenţă/influenţa, de comprehensibilitate o reprezintă raportarea subiectului la fiinţe supranaturale, mai ales la Dumnezeu şi diavol. Fiinţele supranaturale având puteri speciale sunt creditate de convingerile comunitare că au acces la intimitatea persoanei. Nenumărate documente psihopatologice înregistrează formulări ale pacienţilor care comentează următorul fapt: cunoaşterea de către perswoana divină a propriilor gânduri şi chiar controlul acestora de către ea este firească: “deoarece Dumnezeu le ştie şi le poate pe toate”. Cât priveşte intervenţia diavolului aceasta se realizează de obicei prin posesiune; adică odată cu penetrarea acestuia în propriul corp, astfel încât : “îi cunoaşte şi îi dirijează gândurile din interiorul său”.

Atât sentimentul împărtăşirii gândurilor şi a intenţiilor cu cei apropiaţi cât şi cel al dependenţei totale de Dumnezeu cel al a tot puternic (şi de alte forţe supranaturale) face parte din structura sinelui nuclear al oamenilor unei comunităţi. Minusul psihopatologic nu face decât “să des-implice” astfel de trăiri.

Simptomele de transparenţa influenţa ocupă un loc aparte în simptomatologia psihopatologică. Practic, ele nu pot fi plasate printre tulburările perceptive deşi derivă din trăiri nemijlocite, certe, pe care subiectul le resimte. Psihopatologii britanici le plasează separat menţionând că ele pot constitui trăiri ce

***Chenar 68***

**TABLOU COMPARATIV AL SPR ALATURI DE TULBURARILE FORMALE DE GANDIRE SI DE SIMPTOMATOLOGIA DELIRULUI PARANOID (SCHIZOFORM)**

| tulburări formale de gândire | SPR | delir paranoid de persecuţie, etc |
|---|---|---|
| | halucinaţii auditive ce comentează subiectul | |
| | | sdr.senzitiv de relaţie |
| | halucinaţii auditive ce comentează actele | halucinaţii apelative, imperative, injurioase |
| (ecoul gândirii) | sonorizarea gândirii | paranoidia |
| | | urmărire |
| interferenţa g. | răspândire, difuzarea g.<br>împărtăşirea g. | supravegherea de la distanţă a a intimităţii (cu aparate) |
| ideaţie intruzivă | ghicirea g,<br>citirea g.<br>cunoaşterea g. | control prin substituire de persoane (S.Capgras) |
| mentism | | |
| (presiunea g.)<br>întreruperea g.<br>pierderea iniţiativei | retragerea g.<br>controlul g.<br>impunerea g. | |
| depersonalizare (pierderea limitelor sinelui) | contrafacerea g.<br>controlul voinţei | dedublare, stări disociative de posesiune |
| mişcări automate necontrolate | acte impuse | hipercontrol |
| | | sugestie,manipulare |
| cenestopatii | pasivitate somatică<br>(emoţii, impulsuri, senzaţii corporale) | dominare manipulativă |
| | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | dependenţă disociativă_ _ _ |
| autoreferinţa primară | | percepţii reliefate<br>semnificaţii speciale |
| | percepţie delirantă<br>(delir primar), | simptome de referinţă<br>centralitate delirantă |

Una din interpretările lui Crow se referă la dezintegrarea componentelor limbajului, ca fundal pe care apar SPR. Aceste simptome ar putea fi interpretate ca tulburări ale tranziţiei de la gândire la vorbire şi de la vorbirea percepută la semnificaţie; concomitent cu dificultatea de a distinge între sinele subiectului (în momentul în care el vorbeşte) şi sinele interlocutorului, plasat în lumea exterioară. Interpretările evoluţioniste ale lui Crow nu acordă însă atenţie distincţiei între relaţionările intime - în cadrul cărora subiectul se raportează la persoane familiare - şi relaţionarea faţă de persoane publice, oficiale, străine.

### Un model developmental/cultural de înţelegere fenomenologică a SPR

Simptomatologia aparent stranie a SRP devine ceva mai transparentă dacă urmărim procesul de personogeneză în cursul căruia se structurează polarizarea între zona intimă şi cea publică a relaţionărilor interpersonale. Şi, dacă privim cu naturaleţe existenţa cotidiană a omului normal, ce se desfăşoară în mijlocul practicilor şi instituţiilor umane, ce includ şi religia.

În cursul primului an de viaţă subiectul comunică prereflexiv şi prelingvistic cu mama, în cadrul unei intersubiectivităţi primare. Procesul privirii împărtăşite ajută dezvoltarea sinelui personal în cunoaşterea lumii exterioare . În acelaşi timp, împărtăşirea privirii, subliniază importanţa pe care o are matricea psihismului matern care sprijină acest proces, stimulând şi impregnând psihismul în formare a copilului. Ataşamentul realizează modelul dual de existenţă, prin care mama e reprezentată în psihismul copilului şi când nu e prezentă (prin instanţa "internal working" model descrisă de Bowlby), asigurând din această poziţie de interioritate, siguranţa în explorare şi jocuri. Capacitatea reprezentativă ce apare la 18 luni, (când copilul poate imita pe cineva neprezent) şi fenomenul mentalizării (Theory of Mind) ce se instituie la 3 ani (prin care copilul intuieşte intenţiile şi opiniile celuilalt doar privindu-l), se realizează cu suportul acestei instanţe a reprezentării

se impun uneori ca punct de plecare pentru elaborarea unor scenarii delirante. Aşa sunt ele comentate în instrumentul SCAN ce însoţeşte ICD-10 (1992) redactat de Wing. Psihiatrii din SUA consideră aceste simptome ca indicând bizareria unei deliruri de tip schizofren. Simptomele de transparenţa influenţă au fost integrate la mijlocul sec.trecut de psihiatrul german Kurt Schneider, împreună cu altele (halucinaţii auditive comentative, tulburări formale ale cursului gândirii etc.) într-un grup al "simptomelor de prim rang pentru diagnosticul schizofreniei în raport cu ciclotimia" (SPR-Sch). Acest grupaj cuprinde: - voci care comentează; voci care discută şi argumentează; sonorizarea gândirii; inserţia gândirii; retragerea gândirii; înregistrarea gândirii; controlul vorbirii; controlul acţiunii; percepţie delirantă. Aceste SPR-Sch au fost folosite şi drept criterii de diagnostic al schizofreniei în ICD-10. Treptat studiile sistematice efectuate consideră că ele nu sunt chiar specifice schizofreniei întâlnindu-se şi în conjuncţie cu alkte sindroame, de ex. În cadrul bipolarităţii, buferurilor psihotice etc. Grupajul sinbdromatic e însă semnificativ pentru vulnerabilizarea delimitării sinelui nuclear, mai ales în perspectiva autonomiei agenţiei sale, a relaţionării cu alţii şi a iniţiativei acţiunilor.

### 8.5. Transpersonalizarea psihotică din delirul primar

Pe traseul pe care se desfăşoară sd. dep/der, între polul predominent subiectiv al patologiei disociative (în care subiectul se supune de obicei pasivunei alterităţi, eventual „posesiunii de spirite") şi cel predominent obiectiv, apato abulic şi dezorganizant din schizofrenia deficitară (în care nu-i mai pasă de nimic) se întâlneşte egodistonia obsesiv/compulsivă ambivalentă şi delirul paranoid. Delir a cărui sentiment de supraveghere omniprezentă se transformă acum în convingere de transparenţă/influenţă. Parcursul zonei delirante afectează, prin definiţie, însăşi identitatea persoanei, care se metamorfozează într-un personaj fictiv dintr-un scenariu aberant. Jaspers a intuit faptul că tocmai această preschimbare indică nucleul delirului (paranoid) propriu zis, calea regală fiind cea care trece prin

„centralitatea” dispoziţiei delirante finalizată prin mutaţia pe care se realizează odată cu percepţia (intuiţia) delirantă, ce deschide uşa intrării în „lumea delirantă”. De aceea el susţinea că desfăşurarea acestui „proces psihopatologic” se defineşte ca o ruptură, o prăbuşire, în raport cu alunecarea pe traseul aproape continuu al preocupării prevalente, cu atingerea în cele din urmă a unei convingeri delirante (ca de ex. în gelozie, dismorfism corporal, hipocondrie etc.). Modelul pe care l-a propus Jaspers şi pe care l-a sintetizat în continuare psihopatologia clasică germană – inclusiv Schneider şi Conrad – se păstrează şi în prezent, mai ales cu valoare didactică. Etapele sale clasice sunt: - simptomele de referinţă; - dispoziţia (atmosfera) delirantă a centralităţii; - percepţia (intuiţia, amintirea) delirantă; - intrarea, ca personaj, într-o lume delirantă fictivă. În clinică însă, el nu se petrece decât în puţine cazuri exact după această schemă şi într-o modalitate acută. În schimb, momentele sale cheie pot fi recunoscute, prin diverse simptome subiective, în perioada instalării şi consolidării delirului paranoid complex. De fapt a „orbitei psihotice”. Căci delirul ce se instituie astfel nu mai este unul monotematic sistematizat, ci unul în care subiectul transformat în personaj fictiv trăieşte şi halucinaţii, fenomene de transparenţa influenţă, dezorganizare etc. Acest proces, pe parcursul căruia subiectul resimte şi „stranietatea” alunecării într-o altă lume nefirească, neobişnuită, şi care ar putea fi denumit unul al „transpersonalizării”, merită comentat ceva mai atent, pe baza datelor pe care ni le oferă clinica actuală.

Aspectul fenomenologic subiectiv în faza iniţială a delirului primar este sentimentul că “se întâmplă ceva”, “ceva se schimbă”. Schimbarea resimţită priveşte atât subiectul, cât şi ambianţa sau pe alţii, cu accente variate în descrierea pacienţilor. Esenţială e impresia că ansamblul realităţii se transformă într-un mod bizar, că subiectul intră într-o lume aparte, deosebită de cea în care a trăit, proces pe care pacientul îl eticheteză de obicei ca “vrăjire”. Aceasta e cel mai frecvent atribuită cuiva: membrilor de familie, vecinilor, cunoştinţelor, colegilor de

serviciu, unor instanţe supranaturale. Sau chiar "vrăjitorilor", când delirul are caracteristici narative mai accentuate. Sentimentul de schimbare anunţat de misterioasele semnale „de referinţă" se articulează cu simptomatologia delirantă paranoidă propriu zisă : urmărire, persecuţie, fenomene de transparenţă influenţă, posesiune, relaţie cu divinitatea, halucinaţii, (predominent auditive) modificări corespunzătoare ale dispoziţiei afective şi ale comportamentului, nouă identitate de personaj.

Schimbarea resimţită  este uneori clar formulată de pacient care poate să afirme: ″nu ştiu ce am, se întâmplă ceva cu mine, am nervi……………..toţi mă spionează...″ , ″de câteva luni, simt că m-am schimbat, nu mai sunt eu″, « alunec în trecut, am sentimentul, convingerea chiar, că toţi oamenii îmi vor răul″..., ″am simţit că se întâmplă ceva cu mine, că mă modific, eram dornică de distracţii, am cheltuit mulţi bani, am făcut abuz de relaţii sexuale″………...″de patru luni simt că se întâmplă ceva cu mine, nu mai sunt eu, m-am modificat în interior, mi s-a schimbat vocea, nu mă mai pot concentra, mi se citesc gândurile...″; ″în ultimele 6 luni simt că m-am schimbat, se petrece ceva cu mine, parcă o voce vorbeşte din interiorul meu dar nu o pot localiza, parcă mi se citesc gândurile………….″; ″m-am schimbat, sunt o altă persoană, am înviat acum o săptămână″ etc., "am simţit cum intru în nişte canale din care nu mai pot ieşi"; "de fapt nu lumea s-a schimbat, eu sunt cel ce m-am schimbat şi am început să o înţeleg altfel"; " am hotărât să mă extrag din realitate prin exerciţii yoga","ambianţa locuinţei e modificată, lucrurile nu mai sunt la locul lor, parcă cineva le aşează altfel, parcă e cineva în casă" (uneori, subiectul identifică această prezenţă nelămurită cu prezenţa diavolului). Momentul schimbării se poate exprima printr-o revelaţie divină: subiectul strigă "există Dumnezeu"; sau, prin faptul că unele semne indică sfârşitul lumii.

Sentimentul  schimbării psihice a lumii corelative poate fi însoţit de unul al schimbării corporale. Aspectul feţei apare ca modificat, "îmbătrânit", "altfel"; privirea nu mai e ca cea dinainte; privindu-se în oglindă subiectul are impresia că

s-a îngrăşat sau a slăbit, că oricum, arată diferit. "Semnul oglinzii" descris în debutul schizofreniei, se corelează evident cu acest sentiment de schimbare a aspectului corporal propriu, care e purtătorul identităţii personale. Uneori subiectul afirmă că privind în oglindă vede pe altcineva (o pacienta a acoperit din această cauzătoate oglinzile din casă).

Poate apare apoi sentimentul dedublării psihocorporale, care pregăteşte trăirea posesiunii de către diavol sau spirite. Pacientul resimte că e dedublat, că "în el mai e cineva, o altă persoană". Posesiunea corporală este atribuită predominant diavolului care, din interiorul corpului are acces la intimitatea sa psihică, fapt ce joacă astfel un rol important în fenomenele de transparenţă influenţă.

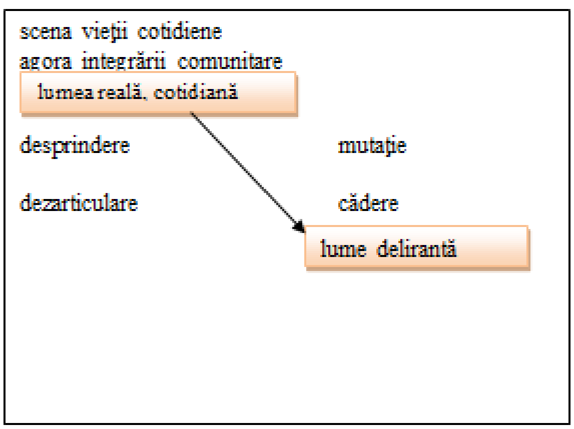
În schimb transpersonalizarea ce se realizează în direcţia persoanelor divine – exprimată prin afirmaţii precum: "sunt fiul lui Dumnezeu,...Dumnezeu e în mine...etc." - nu pune însă un accent deosebit pe corporalitate. Simptome clasice de modificare a schemei corporale se pot manifesta în formula de tip halucinator delirant: părţi ale corpului apar modificate ca dimensiune şi formă, "capul e mai mare, devine pătrat"..."în jurul capului e un cerc galben strălucitor"...cenestopatiile şi senzaţiile cutanate pot fi comentate ca "şerpi ce umblă pe corp şi pătrund în abdomen", "spirale a unor duhuri ce acţionează pe tegumente şi intră în cap"...."propriul corp e perceput din exterior" etc.

Sentimentul de schimbare subiectivă şi corporală se însoţeşte de obicei de cel al schimbării ambianţei şi a altora. Pacienţii pot relata:......"de 3 luni lumea în jur se schimbă, locuinţa, satul, nu mai sunt ca înainte,";..."realitatea parcă e schimbată, oamenii pun întrebări al căror sens nu îl înţeleg; "de o lună simt o stare de oboseală deosebită, de nesiguranţă, am impresia că atmosfera din jur s-a schimbat, sunt urmărită, colegele îşi bat joc de mine..."; "totul în jur e modificat,

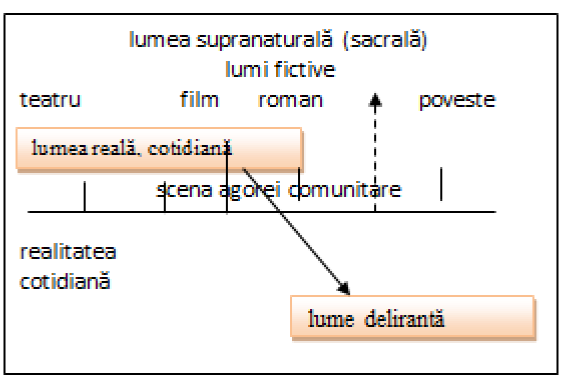
dacă mă uit în oglindă parcă nu sunt eu şi îmi spun “este o prostituată”, aşa spun şi nişte voci de bărbaţi...”;”lumea din jur se schimbă, nordul a devenit vest şi asta mă deranjează, deoarece nu mai pot să mă orientez”, etc....Persoanele din jur îi apar delirantului ca fiind “altfel”, uneori ca “substituite”, “mascate”, “gonflate”, “parcă ar fi un vampir”; ceilalţi îi apar ca “diavoliţi”, aspectul lor e particular, “au ochii roşii”, “se mişcă altfel”.

**Chenar 69**

**Transpersonalizarea psihotică delirantă (1)**



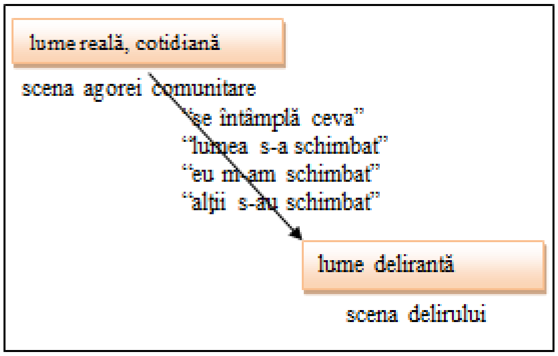

Intrând în delir, subiectul se simte prins în derularea unor evenimente ce-l afectează în mod special, e acaparat de un scenariu a cărui erou principal se simte; el aderă de acesta, e convins de cele ce le simte că se petrec cu el, pe scena noului univers delirant în care a intrat.



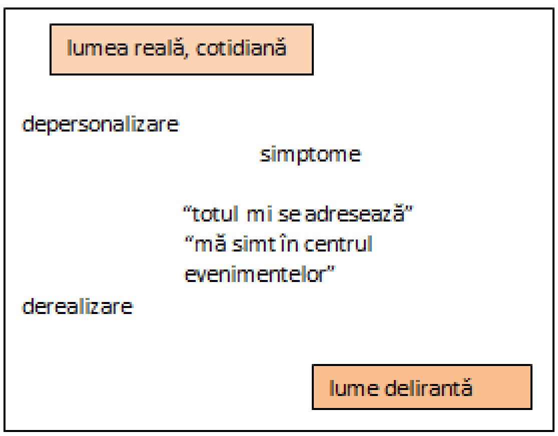

Delirantul aderă necondiţionat la situaţia delirantă pe care o trăieşte pe scena “lumii delirante” pe care se desfăşoară scenariul delirului, în care e convins că: e urmărit, persecutat, înşelat, iubit, dirijat, posedat de diavol, apropiat de Dumnezeu etc. Universul delirant poate fi comparat cu lumea fictivă a miturilor, literaturii, teatrului, filmului.

**Chenar 70**

**Transpersonalizarea psihotică delirantă (2)**




El simte această trecere ca o schimbare: simte că <u>lumea s-a schimbat</u>, <u>el s-a schimbat</u>, e altfel, modificat, nu se mai recunoaşte, <u>alţii s-au schimbat</u>, sunt substituiţi, modificaţi, "diavoliţi" etc.
În debutul episodului psihotic, se petrec şi modificări dispoziţionale: anxioase, disforice, depresive, euforice (maniacale), care sunt resimţitesubiectiv şi se manifestăcomportamental.




Schimbarea se însoţeşte de manifestarea unor simptome psihotice care marchează sentimentul de centralitate (faptul de a fi în centrul evenimentelor). Aşa sunt:
- Trăiri senzitive de relaţie;
- Trăiri de urmărire şi supraveghere a intimităţii
- Simptome de referinţă
- Dispoziţie, percepţie delirantă
- Halucinaţii auditive comentative
- Simptome de transparenţă-influenţă
- ...
- Alte dispoziţii afective

Comportamentul celorlalţi apare de asemenea ca schimbat, "soţia începe să aibă un comportament rece, distant, indiferent", "mama pare a se comporta altfel, ca şi cum i-ar face avansuri sexuale băiatului". Felul de a umbla şi vorbi devine misterios, neobişnuit: unele persoane îşi mişcă altfel piciorul, fac grimase. Îmbrăcămintea e şi ea cu semnificaţii particulare: "cei îmbrăcaţi în blugi şi în albastru mă influenţează negativ".

Schimbarea ambianţei şi a altora corespund simptomatologiei clasice a derealizării, care, acum, în cazul intrării în delir, e resimţită mai accentuat ca o lume de ficţiune, populată de variate entităţi neobişnuite, supranaturale: spirite, energii, duhuri, "câmpuri energetice", "extratereştri". Iar aceste entităţi învăluie ca un "câmp", ca o "atmosferă" "eul" mai mult sau mai puţin dedublat al psihoticului, penetrându-i intimitatea, acționând asupra gândurilor, comportamentului, mişcărilor, vorbirii şi funcţionării corpului său.

La această atmosferă schimbată a ambianţei, a lumii, se pot adăuga şi percepţii determinate, care apar ca având o semnificaţie deosebită. Pacientul poate relata: "am văzut o pisică cu colţi mari care era trimisă de Dumnezeu"....; " am văzut în curte pene şi un topor înfipt într-un lemn, pe care sigur vecinii l-au pus în mod special..."; când am tras apa la baie am auzit un mieunat de pisică", „telefonul sună ciudat…………";"pe stradă am văzut o maşină albastră care sigur a venit după mine";"am primit o floare specială, care sigur se numeşte A (numele pacientei), astfel încât am căpătat puteri speciale asupra diavolului"……….În această atmosferă psihotică se infiltrează apoi variate halucinaţii şi pseudohalucinaţii, tulburări formale ale cursului ideativ, simptome de transparenţa/influenţă, dezorganizare ideo verbală şi stranietate autistă.

Apropierea dintre procesul delirului primar şi psihopatologia sd.dep/der, este fenomenologică. Subiectul resimte că mesajele misterioase ce-i sunt transmise prin simptomele de referinţă, indică pentru el o schimbare fundamentală, ce presupune ieşirea din lumea cotidiană, ce-şi pierde firescul şi stabilitatea. Atmosfera de "vrajă", de "vis" este tocmai cea care mută persoana într-o trans-realitate fictivă, care acum va fi cea a delirului.

## 8. 6.Specificitatea antropologică a sd.dep/der

Sd.dep/der/st, prin particularităţile sale, trimite spre aspecte fundamentale ale specificului psihismului omenesc cum ar fi identitatea, autonomia, reflexivitatea. Subiectul se referă acum la sine constatativ şi interogativ, ca la o realitate ce există; dar cu care nu se mai identifică. Chiar în varianta sd.dep/der standard din stările disociative, el îşi poate privi corpul "din afara acestuia", îşi poate considera existenţa proprie şi a altora ca plasată într-o lume paralelă, poate înregistra propriile mişcări, vorbirea, gândurile, ca fenomene obiective, pe care nu le consideră ca "ale sale". Întreaga sa identitate de persoană umană, cu integritatea dimensiunilor sale corporale, biografice şi sociale, îi apare străină; la fel ca şi lumea şi oamenii cu care intră în contact. O astfel de detaşare faţă de lume apare ca bizară, atâta timp cât nu ţinem seama de diferenţa dintre cele două lumi la care individul uman se raportează concomitent. Lumea fizico biologică înconjurătoare; şi lumea specific umană, susţinută de narativitatea logosului, în care fiinţează personaje şi evenimente relatabile. Lume care e ordonată după norme şi valori, lumea ce e un mediu intersubiectiv narativ al personajelor, care susţine şi în care se afirmă miturile, legendele, istoriile, biografiile, relatările, poveştile, romanele, tragediile, literatura de ficţiune. Diferenţa dintre aceste două lumi se evidenţiază tocmai odată cu instalarea dispoziţiei specifice a acestui sindrom, de detaşare şi neimplicare, blocare afectivă de tipul unei indiferenţe constatative. Faptul iese în relief odată cu compararea acesteia cu stările dispoziţionale anxioase şi depresive, cu care sd. dep/der e cel mai des comorbid.

Anxietatea acută, atacul de panică, reprezintă cea mai frecventă comorbiditate clinică a sd, dep/der st. Dar angoasa, care se înscrie adânc în biologie deoarece semnalizează un posibil pericol mortal pentru individ, se însoţeşte de majore tulburări neurovegetative (tahicardie, tahipnee, sudoraţie etc,.) şi motorii (tremor, hipotonie, leşin sau fugă agitată). Ca raportare la situaţie, anxiosul e hipervigil şi cu o atenţie mobilă, investigatorie, scanând toate

informaţiile care ar putea clarifica pericolul iminent la care se aşteaptă; prezentul e acutizat, cvasiabsorbit de un viitor iminent, periculos. În comparaţie cu acest tablou, pacientul ce trăieşte dispoziţia de neimplicare şi indiferenţă din sd. dep/der/st. este calm, fără nici o manifestare corporală sau comportamentală; astfel încât dacă nu ar relata trăirile sale, nimeni nu ar bănui nimic despre starea sa subiectivă. El se raportează la situaţia actuală detaşat, observaţional, neimplicat, neaderent de lumea pe care o centrează prin situaţia dată.

Dar această neaderenţă vine dinspre specificul lumii sale umane, în care e ancorat intenţional şi reflexiv;căci raportarea perceptivă (şi comportamentală) la ambianţa fizico biologică poate fi perfectă.

Poate fi repetată la acest nivel trimiterea făcută la începutul comentariului sd. dep/der/st. la plictisul, la "acedia" călugărilor părăsiţi de Dumnezeul lor; sau sentimentul de "străinătate" a gnosticului, ce simte că trăieşte aruncat într-o lume creată, inferioară. Parametrii de percepere şi înţelegere cognitivă a lumii rămân intacţi. Dar subiectul nu se mai simte implicat în ea deoarece ştie de existenţa unei lumi fiinţiale superioare cu care a fost în contact. Anxiosul e angoasat de iminenţa morţii, a părăsirii definitive a acestei lumi vii în care trăieşte, propulsat prin naşterea sa biologică. Dar pe depersonalizat, lumea fizico biologică şi prezenţa sa în această lume nu îl mai interesează.

O a doua arie de comorbiditate majoră este depresia, altă stare dispoziţională ce are rădăcini în biologie. Depresia, care exprimă şi ea un minus vital şi existenţial orientat spre moarte, se însoţeşte de asemenea de simptome biocorporale şi comportamentale: insomnie, lentoare psihomotorie, inapetenţa, inhibiţie globală.

Raportarea la situaţie a depresivului prăbuşit din proiectul său vital–existenţial, e marcată de blocarea oricărui interes faţă de viitor; dar şi de neimplicarea în prezent, de care el se detaşează, anhedonic. Nimic nu-l mai atrage, nu-i mai face plăcere, refuză contactul interuman şi se repliază pe trecut, fixându-

se pe teme de autodepreciere şi vinovăţie cu idei suicidare. În sd.dep/der st. nu doar că sunt absente orice manifestări biocorporale şi comportamentale anormale, dar raportarea la situaţie e alta. Subiectul nu e orientat spre trecut şi nici nu îşi retrage privirea şi orientarea dinspre ceea ce e în prezent, aşa cum face depresivul. Dimpotrivă, el îşi menţine, de obicei, o atitudine constatativă asupra datelor prezente din această lume, chiar dacă acestea nu-l atrag, Neimplicarea depersonalizatului există, desigur. Dar e vorba de o neimplicare în lumea relaţională, de sensuri şi aspiraţii specific umane. El poate, să-şi îndeplinească obligaţiile cotidiene, chiar dacă fără chef şi marcat de plictis, ca un automat. Deci, fără a manifesta replierea pe sine şi ieşirea din prezent, ce se constată la depresivul ce ar vrea să părăsească viaţa şi lumea, ce priveşte în jos şi nu scoate un cuvânt, nici la repetate întrebări.

Depersonalizatul are o raportare "desanimată" la prezent; dar nu este extras din acesta, ca depresivul.

Caracteristica, aparent paradoxală a depersonalizatului, este deci aceea de a fi prezent în lume şi la lume, dar în mod neanimat, neaderent, neimplicat, detaşat. Iar această neimplicare se referă nu doar la situaţia nemijlocit prezentă, ci şi la eventuala sa proiectare în viitor; şi raportarea la trecutul său biografic (în acest sens inventarul semiologic din monografia lui Sierra şi Berrios, unde se comentează "dezinvestirea afectivă a trecutului" este edificator).

Ceea ce trăieşte subiectul în sd. dep/der st. e sesizarea nemijlocită a suportului psihocorporal prin care el e prezent în lumea fizică ambientală; dar, fără articulare, fără acordarea, ataşamentul rezonant şi implicarea în lumea sa specifică, umană, pe care totuşi o percepe. Lume în care se conturează şi se desfăşoară identitatea sa cu sine, delimitarea, autonomia, relaţionarea şi valorizarea sa „propriu zisa", specific antropologică. El îşi spune: „eu nu mai sunt eu", „eu nu mai exist" (d.p.d.v. uman). Sesizarea acestui topos minimal şi bazal al existenţei

fizico biologice, dezgolit de structurile antropologice suprajacente, e nefiresc, ciudat.

Psihismul conştient al persoanei umane e în mod primar încorporat, înrădăcinat în propriul său trup ce se naşte şi moare. Pentru om corpul are însă concomitent cu semnificaţia sa biologică şi una antropologică, de „locus al individuaţiei" psihoantropologice. Prezenţa sa în ambianţa şi lumea fizică şi prezenţa sa în situaţia semnificantă a lumii umane, deşi strâns interpătrunse, nu sunt identice. Prezenţa în lumea umană înseamnă intenţionalitate, vizare şi angajare activă în situaţii problematice comprehensive, pe axa semnificaţiilor acestei lumi, într-un context de ataşament şi rezonare intersubiectivă într-un cadru lingvistic cultural narativ. După ce „ajunge în lume" copilul se ataşează de mamă cu care rezonează afectiv şi intenţional, urmărind împreună perceperea, cunoaşterea şi înţelegerea lumii ambiante. Imagoul mamei este introjectat, la fel ca cel al altor persoane ulterioare de ataşament. Iar modúlul lingvistic ce e asimilat şi practicat, permite accesul la lumea umană, structurată prin practicile instituţionalizate, ordonate de norme şi valori. În această lume tânărul, apoi adultul, ajunge să funcţioneze, să-şi consume „existenţa pathetică". Dar aceasta presupune un fapt bazal; şi anume, aderenţa la această lume umană. Psihopatologii s-au gândit şi la astfel de funcţii pre-dispoziţionale, ce ar sta la baza „deschiderii şi adeziunii" faţă de lumea umană. E ceea ce Radcliff a numit „grupajul funcţiilor existenţiale".Autismul infantil ar reprezenta un deficit parţial în această direcţie. Sd. dep/der standard semnalează şi el o vulnerabilitate, o sensibilitate crescută la acest nivel, iar depersonalizarea apato abulică din schizofrenia deficitar dezorganizantă, o ieşire efectivă din inserţia în lumea umană, care totuşi mai poate fi indirect sesizat de subiect. În raport cu aceste deficite procesul de transpersonalizare psihotică exprimă o zguduire şi o distorsiune a aderenţei şi articulării subiectului cu lumea sa umană interpersonale şi socio-culturale, prin

căderea sa pe orbita psihotică, care-l reduce la planul personajelor fictive şi a mediului lor de existenţă.

## 9. Deorganizarea psihică

Semiologia şi nosologia psihiatrică erau deja în linii mari constituite la începutul sec.XX. De atunci au mai apărut două importante concepte clinic psihopatologice, a căror provocare o resimţim şi în prezent : schizofrenia şi autismul.

Expresia de schizofrenie se instituie iniţial ca o re-numire a supracategoriei nosologice a lui Kraepelin "demenţa precoce". Bleuler, cel care propune termenul în 1911, schimbă optica de abordare kraepeliană de la perspectiva clinico-evolutivă spre cea psihopatologică, caracterizând acet grupaj nosologic printr-o "dezorganizare" (spaltung) autistă". Cele două neologisme astfel introduce – schizis-ul şi autismul – deşi au fost acceptate intuitive de către psihiatri, nu au beneficiat pe parcursul sec.XX de definiţii operaţionale clare. În plus, spre sfârşitul acestui secol, autismul s-a detaşat de schizofrenie, impunându-se ca o important tulburare neurodevelopmentală, a cărui profil sindromatic şi clinic – centrat pe necomunicare şi lipsa de ataşament interpersonal, dublată de centrare pe detalii, stereotipii şi constructivism – s-a conturat tot mai convingător, constituindu-se în prezent într-un spectru autist. Cât despre schizofrenie, ea a tins să monopolizeze psihopatologia "psihotică", centrând-o pe un delir halucinator bizar, cu simptome deficitare. Psihopatologia anglo saxonă a regrupat simptomatologia acestei tulburări într-un cluster pozitiv (+) şi unul negaiv (-). Treptat însă, dezorganizarea propusă de Bleuler s-a replasat totuşi în faţă, fiind acceptat şi un al treilea cluster, al dezorganizării ideo-verbale, pe care americanii îl ataşează simptomatologiei schizo+.

Dezvoltarea psihopatologiei cognitivist fenomenologice a asigurat, un nou support, bazat pe tulburarea prelucrării informaţionale, tradiţionala simptomatologie dezorganizantă.

### 9.1. Dezorganizarea în plan ideo verbal

Bleuler considera, deci, că tulburarea psihică specifică schizofreniei este dezorganizarea (disocierea – “spaltung”) care cuprinde însăşi nucleul personalităţii, eul conştient, sinele identitar manifestându-se predominant în aria gândirii şi vorbirii. Acesta era sensul în care înţelegea psihoza schizofrenă şi Jaspers, în **Psihopatologia** sa. Dezorganizarea se referă la perturbarea coerenţei ordonate şi asertive a psihismului, a organizării sale centralizate şi ierarhice, a sintezei în toate manifestările sale intenţionale şi orientate activ spre lume. Expresia sa cea mai evidentă semiologic este însă la nivelul dezordinii şi destructurării comportamentului comunicaţional.

O problematizare a ordinii şi ordonării se întâlneşte şi în psihopatologia obsesionalităţii; precum şi în cea a autismului. În schizofrenie însă, dezordinea dezorganizării trece mai departe de ordonarea ambianţei fizice şi a derulării proiectelor de acţiune, cuprinzând instanţa ideo verbală a elaborării şi utilizării ideaţiei şi limbajului. Este afectat astfel şi procesul de conceptualizare şi raţionare, prin care se rezolvă probleme şi se argumentează comportamentul. Dar şi articularea subiectului la dimensiunea cultural spirituală de ansamblu a umanului. În sfârşit, dezorganizarea vizează însăşi structura identitară a persoanei conştiente, centrată de sinele său încorporat.

Ordinea, din care omul – umanul, antroposul - se împărtăşeşte este o dimensiune profund ontică, ce vizează lumea în ansamblu. În acest sens presocraticii au vorbit despre cosmos ca despre o lume ordonată ierarhic. Filosofia şi ştiinţele pe care le-au dezvoltat grecii au relevat faptul că infrastructura spaţio temporală a lumii presupune şi ea un principiu de ordine. Chiar şi fizica subatomică actuală vorbeşte despre o „ordine înfăşurată” a cosmosului, ce în mod continuu se des-implică pulsatoriu. La fel, cunoaşterea lumii presupune filtrul ordonator al logicii, gramaticii şi semanticii limbajelor. Organonul lui Aristotel – denumit ulterior logică – a abordat nu doar doctrina silogismelor ci şi pe cea a

argumentării. Ampla elaborare antică a retoricii demonstrează că discursul omenesc, pentru a fi informativ şi convingător, trebuie să ţină cont de o anumită articulare a ordinii exunerii şi argumentării; pentru a-şi asigura coerentă şi eficienţă. Eforturile retoricii antice sunt continuate în pezent de logica ştiintelor şi de epistemologie. Această perspectivă tradiţională a studiilor privitoare la logos se cere a nu fi uitată atunci când urmărim dezorganizarea ideo verbală schizofrenă la nivelul limbajului comunicant, prin care se încearcă transmiterea eficientă a unei informaţii; şi care are structura oricărui act, girat de funcţiile executive.

Dezorganizarea ideo verbală este de obicei prezentată semiologic prin deficienţele ce apar în comportamentul lingvistic al transmiterii unui mesaj, manifestată prin circumsstanţialitate, perseverenţă, manierism, stereotipii, deraiere, tangenţiabilitate. Cercetările şi exemplele au avut în vedere atât formele grave şi dezorganizate de schizofrenie cronicizată ca şi cazurile mai uşoare sau incipiente, etichetate ca schizotipie (sau TP schizotipală).

* Circumstanţialitatea. Gândirea şi vorbirea evoluează spre obiectiv cu multe paranteze, legate de detalii explicative şi de asociaţii cu unele date concrete; dar revine constant din aceste ocolişuri la linia principală. În vorbirea uzuală faptul e caracterizat ca divagaţie, cu condiţia ca obiectivul să fie menţinut.

* Perseverenţa. Deşi subiectul a comunicat în esenţă ceea ce intenţiona, el revine mereu la aceeaşi temă, manifestând sentimentul că nu ar fi fost înţeles clar, insistând, repetându-se, chiar dacă prin alte formulări.

* Vorbirea hiperelaborată şi manieristă constă din; utilizarea multor cuvinte cu un conţinut informativ redus. Expunerea este încărcată de expresii generale şi neesenţiale pentru intenţia informativă: formule de introducere, de politeţe, paranteze nejustificate sau explicative formale, consideraţii generale, expresii “preţioase”, neuzuale.

* Stereotipiile. Unele expresii se repetă aproape identic, inutil, fără conţinut informaţional, parazitând discursul care nu progresează spre concluzia mesajului.

* Deraierea. Direcţia de comunicare a discursului se pierde: subiectul trece de la o temă la alta, derivată din cele expuse, fără a se mai reîntoarce la direcţia de comunicare principală. Această alunecare progresivă a discursului, din aproape în aproape, e până la un punct distinctă de saltul de la o temă la alta, fără o derivare constatabilă, ce se întâlneşte mai ales în presiunea ideo verbală şi în fuga de

***Chenar 71***

**Deraiere (după Andreasen)**

Intervievatorul: Îţi place la şcoală? Pacientul: O, păi….Mie…mi-au plăcut câteva comunităţi pe care le-am încercat….şi, în ziua următoare când să ies, ştii, au luat controlul, ă……mi-am vopsit părul în…în California. Colega mea de cameră era din Chicago şi mergea la colegiu. Locuiam în cămin şi ea a vrut să-mi pun perogen în păr, şi am făcut-o, aşa că m-am dus şi m-am uitat în oglindă, şi mi-a venit să plâng. Acum, pricep, ştiam foarte bine ce se întâmplă, dar nu puteam pricepe de ce plângeam. Nu pot să pricep, tu poţi?

**Vorbire hiperelaborată, manieristă**

„Vă rog să mă scuzaţi că mă adresez solicitând bunăvoinţa de a fi ascultat într-o problemă importantă căci dacă sunt ascultat atunci se va putea trage o concluzie oricum fie că vă daţi seama sau nu de intenţia mea, pentru că trebuie să vorbim şi de aceasta, vă veţi convinge desigur dacă răbdarea va permite însă înainte de a….”

**Tangenţiabilitate (după Andreasen)**

Intervievatorul: Din ce oraş sunteţi? Pacientul: Ei asta e o întrebare complicată, fiindcă părinţii mei ……M-am născut în Iowa, dar sunt alb, nu negru, aşa că probabil că vin de undeva din Nord, nu ştiu de unde. Ştii, de fapt nu ştiu de unde veneau strămoşii mei. Aşa că nu ştiu dacă sunt irlandez sau scandinav, nu cred că sunt polonez, cred, cred că aş putea fi neamţ...

idei maniacală. În starea maniacală schimbarea, saltul lipsit de raţiune de la o temă la alta, se petrece datorită vitezei crescute de derulare a ideaţiei; iar uneori prin asocieri superficiale, semantice, de asonanţă sau sonoritate. Nu este exclus ca în cazuistica de exemplificare clasică a deraierii, să se fi inclus şi stări schizomaniacale nedelirante, de tipul clasicului tablou al hebefreniei.

În toate manifestările menţionate, dar mai ales în deraiere, relaxarea obiectivului comunicării este evidentă. Agentul comunicant nu realizează o

Chenar 72

**Tulburarea (de personalitate) schizotipală**
**Criterii DSM-5**

A. O Configuraţie constantă de deficite interpersonale şi sociale marcate printr-un pronunţat discomfort şi o redusă capacitate de a avea relaţii apropiate, distorsiuni cognitiv perceptual şi excentricităţi în comportament, se manifestă de la vârsta de adult tânăr şi persist în variate context; sunt prezenţi cel puţin 5 din următorii itemi:

1. Idei de referinţă (delirul de referinţă e exclus):
2. Credinţebizare sau gânduri magice care influenţează comportamentul şi sunt inconsistente cu normele socio cultural (e.g. superstiţii şi credinţe în clarviziune, telepartie sau “al şaselea simţ”);
3. Experienţe perceptuale neobişnuite, incluzând iluzii corporale;
4. Gânduri şi vorbire ciudată (e.g. vagă, circumstanţială, metaforică, hiperelaborată sau stereotipă);
5. Ideaţie de suspiciune sau paranoidă;
6. Afect neadecvat sau restrâns;
7. Comportament sau aspect ciudat, excentric, aparte;
8. Lipsa unui prieten sau confident, alţii decât rudele apropiate;
9. Anxietate social excesivă ce nu diminuează în prezenţa celor familiari şi tinde să fie asociată mai mult cu frica paranoidă decât cu jduecăţi asupra sinelui;

Manifestările nu apar exclusiv în cursul schizofreniei, a tulburării bipolar sau depressive cu trăsături psihotice, a altor tulburări psihotice sau a tulburărilor de spectru autist.

legătură a exprimărilor suficient de centrată de obiectivul comunicaţional, suficient de puternică şi flexibilă în acelaşi timp, pentru ca informaţia să se ierarhizeze armonios. E prezent un deficit al sintezei procesului activ al comunicării. Repetitivitatea ce rezultă din perseverenţă şi stereotipii exprimă reducerea conţinutului informaţional, în ciuda abundenţei cuvintelor. Deci, o perturbare a capacităţii de dozare semantică în formularea mesajului. Reducerea conţinutului informaţional, a sintezei noului, lasă ca scena procesului informaţional să fie ocupată de instrumentalităţile care ar trebui să fie folosite în aşa fel, încât nici să nu fie sesizate.

O notificare specială s-ar cere făcută pentru stereotipii, care se manifestă pregnant şi în plan strict comportamental, în autism şi catatonie. Manifestarea stereotipă apare ca un clişeu, motor şi informativ, care întrerupe cursul orientat spre obiectiv al acţiunii sau comunicării. “Forma” se manifestă în acest caz ruptă de semnificaţie.

Tulburările menţionate mai sus ale derulării limbajului comunicaţional – circumstanţialitatea, perseverenţa, manierismul, deraierea – sunt constatabile de către examinator. În psihopatologia dezorganizări ele sunt deseori dublate de tulburări ale cursului gândirii – ale fluxului ideativ – pe care persoana le percepe în fundalul subiectiv al psihismului său, la nivelul la care emerg datele mnestice, reprezentările ideative, asociaţiile spontane de idei, soluţia bruscă a unor probleme, ideile novatoare etc. La acest nivel subiectul poate resimţi, sub marca psihopatologiei:

- Accelerarea sau încetinirea cursului ideativ; blocarea derulării acestuia, însoţită de un „gol mental”; eventual cu reluarea ideaţiei în altă direcţie;

- Ideaţie intruzivă, neaşteptată, resimţită ca „străină” şi perturbatoare, care interferează cu ideaţia proprie; uneori pot apare izbucniri bruşte a unor multitudini de idei amestecate şi necontrolabile (mentism);

- Ecoul gândirii, spaţializarea gândirii (plasarea ei în anumite zone ale corpului sau în afara acestuia), sonorizarea gândirii.

Astfel de fenomene pot apare şi în fazele incipiente sau prodromale ale schizofreniei. Ele au fost interpretate recent şi ca posibilă precursoare a atribuirii xenopatice a manipulării gândirii.

Alte aspecte ale dezorganizării ideo verbale sunt:

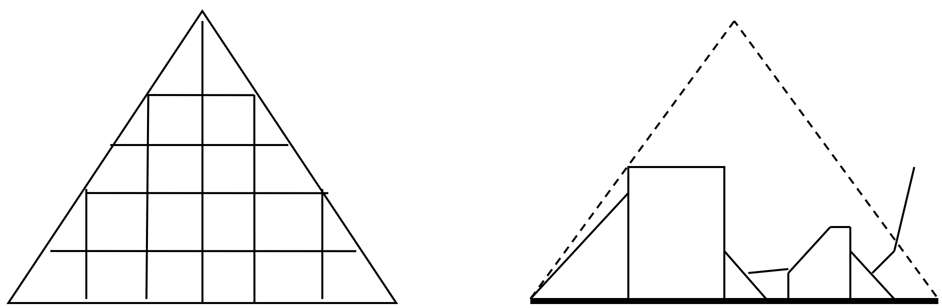
* Tangenţiabilitatea se referă la un răspuns evaziv, care, deşi indică înţelegerea întrebării, nu oferă un răspuns explicit, clar şi la obiect. În răspunsul său subiectul se poate exprima aluziv, prin consideraţii generale care au o legătură vagă cu subiectul. Vorbirea sa e caracterizată de obicei ca, metaforică, "flou", digresivă. Manifestarea se încadrează şi ea în relaxarea sau pierderea obiectivului comunicaţional, deoarece conexiunea cu interlocutorul nu se realizează şi dialogul nu este posibil. Totuşi, tulburarea e distinctă de circumstanţialitate sau perseverare, situaţii in care limbajul utilizat e cel al vorbirii curente, iar orientarea subiectului e spre detalii concrete.

* Incoerenţa ideoverbală depăşeşte clar planul perturbării unui obiectiv comunicaţional, deoarece la acest nivel predomină anomalii logico gramaticale şi semantice, care se manifestă în chiar interiorul a ceea ce ar trebui să fie o propoziţie cu subiect şi predicat. Dezordinea implică acum transgresarea regulilor gramaticale care permit ca expresiile să fie semnificante. Chiar şi cuvintele, care au potenţialul unor concepe, se destabilizează semantic, participând la haosul unei "salate de cuvinte".

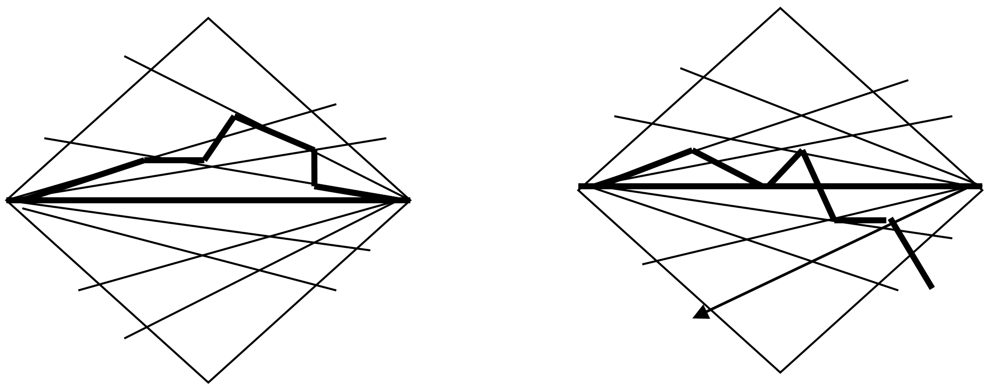
Dezorganizarea logico semantică se manifestă prin gândire şi acte de vorbire, fiind astfel sesizabilă în direct şi în plan comportamental. Dar ea vizează particularităţile generale ale limbajului uman, care se bazează pe semnificanţi cuprinse în universuri de discurs supraindividuale. Semnificantul, concret, fie că e un cuvânt, o expresie, o imagine iconică sau un simbol, trimite la un univers de semnificaţii generale, abstracte.

**Chenar 73**

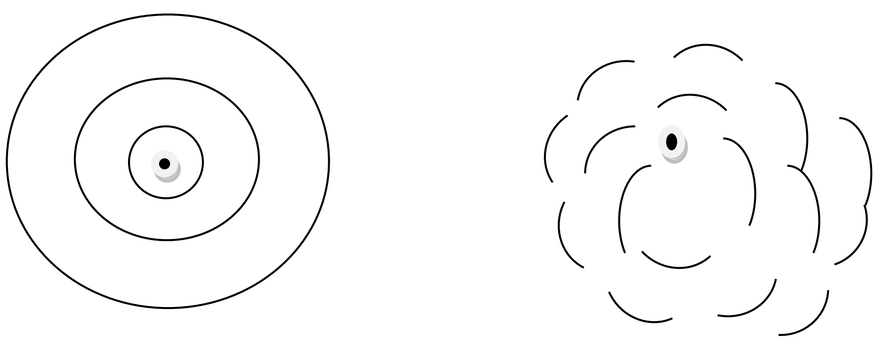
**Modele ale dezorganizării (pierderea structurii şi coerenţei câmpului psihologic)**



**a) O structură care se prăbuşeşte**



**b) Pierderea direcţiei drumului (deraiere)**



**c) Dezintegrare prin pierderea forţei de atracţie a nucleului unui câmp concentric**

**Procesul dezorganizării poate fi studiat în mare măsură după modelul perturbării "coerenţei centrale" a psihismului persoanei, la nivel identitar şi a funcţionării sale active în diverse arii.**

În normalitate, articulaţia între semnificant şi semnificaţie – între concret şi abstract - e echilibrată. Ea e organizată în jurul unui centru de sinteză, ce are o valoare supraindividuală, comunicantă, din care se pot împărtăşi de obicei mai mulţi subiecţi şi variate exprimări logico lingvistice, cuprinse în discursuri. O formulare lingvistică individuală are în mod normal o astfel de valenţă sintetică. Ca perturbări în această direcţie se pot întâlni:

- Se pierde legătura între caracteristicile concrete ale semnificantului şi cele generale ale semnificaţiei. Cuvintele, expresiile, imaginile iconice, rămân obiecte concrete, care nu mai trimit niciunde retrăgându-se în poziţia de "obiecte manipulabile"; ca în perspectiva din care textele şi picturile pot fi distruse, arse. Despre limbajul schizofrenilor s-a formulat că, uneori aceştia par să se joace cu şi să manipuleze cuvintele ca pe nişte obiecte sau jucării. E pierdută capacitatea de generalizare, abstractizare, analiză, sinteză. Simptomul se poate evidenţia prin proba proverbelor şi asemănărilor din scala PANSS.

- Pe de altă parte abstracţiile, generalizările, capătă o caracteristică vagă dar persistentă. Subiectul se cramponează de noţiuni ca Adevărul, Eternitatea, Binele, pe care le resimte ca entităţi reale dar greu de determinat. Atracţia, fascinaţie faţă de abstracţii lipsite de conţinut şi determinare, este una din caracteristicile schizofreniei. Nu trebuie ignorat că o parte din cuvinte, pe lângă valenţele lor comunicaţionale, au şi caracteristicile logice ale conceptelor. O manifestare a acestei anormalităţi de articulare între semnificant şi semnificaţie se întâlneşte deja în simptomele de referinţă ale dispoziţiei delirante primare, când, subiectul resimte că o percepţie banală poate fi un mesaj misterios ce i se adresează.

Mare parte din cuvinte şi expresii sunt plurisemice, semnificaţia lor precisă fiind condiţionată de contextul lingvistic situaţional, de "jocul lingvistic" în care sunt angajate. În dezorganizare putem întâlni utilizarea neadecvată semantic a unor cuvinte, fapt ce perturbă coerenţa de ansamblu a

**Chenar 74**

## Funcţii ale limbajului uman
## 2.Aspecte structurale

Limbajul natural conţine şi utilizează toate aspectele pe care le-a dezvoltat de-a lungul istoriei culturii, logica şi filosofia. Astfel întâlnim:

- Subiectul: - ca substrat (gramatical) căruia i se atribuie calităţi (atribute); - ca agent al intenţiilor şi acţiunilor (predicate); - ca subiectivitate (conştientă) ce formulează atitudini propoziţionale (eu gândesc, spun, cred etc.); - ca subiect al relaţionărilor deontice (permisivitate, interdicţie, obligativitate, recomandare, sugestie, îndemn etc.).
- Relaţionările interpersonale prin pronume (eu, tu, el, noi, voi, ei); acestea sunt esenţiale pentru dezvoltarea inter-subiectivităţii şi a polarizării sale între intim, public, impersonal.
- Limbajul natural conţine şi operează cu "functorii" logicii (formale): existenţă şi negaţie; cuantificarea (unul, câţiva, toţi); relaţionarea (şi...sau, dacă...atunci), modalitatea (posibilitatea, probabilitatea, necesitatea).
- Cuvintele limbajului natural sunt, potenţial, concepte generale (ce se pretează analizei); precum şi ale individualului (definit contextual sau prin nume proprii). Limbajul conţine toate expresiile pe care filosofia le-a cuantificat ca şi categorii (sau supracategorii, categoremate, categorii ştiinţifice sau speciale etc.). Prin limbaj sunt posibile definiţii.
- Limbajul natural conţine numeralele şi susţine posibilitatea limbajului matematic.
- Funcţiile gramatical logice ale limbajului natural sunt prezente în multiple forme de utilizare curentă şi în variante circumscrise cultural (ca "discursuri" şi "texte"). Pe lângă comunicarea informativă, ce şi-ar avea formula standard în comportamentul de transmitere a unui mesaj, se pot menţiona:dialogul, relatarea, descrierea, caracterizarea, evaluarea critică, istorisirea, discursul retoric, mitul, basmul, naraţiunea fictivă, epopeea, romanul, tragedia, comedia, expunerea didactică, textul ştiinţific, poezia, invocarea, rugăciunea, imnul etc.
- Limbajul natural conţine toate formele "figurilor de stil" ce sunt folosite în limbajul poetic. Limbajul ştiinţific este şi el în parte derivat din limbajul natural.

  Alături de acest limbaj natural, în lumea umană se manifestă şi limbajul matematic; precum şi alte coduri semiotice de redactare a textelor în plan teoretic (în artă, muzică, diverse ştiinţe, filosofii etc.).

## 3. Utilizarea pragmatică individuală

Individul uman îşi însuşeşte limbajul pe parcursul dezvoltării ontogenetice în mediu interpersonal lingvistic. În creierul său se maturează progresiv o "capacitate modulară" pentru o gramatică universală asimilează limbajul utilizat în ambianţa lingvistică din jur.

Individul foloseşte capacitatea sa de a înţelege şi exprima limbajul articulat în interacţiunile colaborative cu alţii, care au loc în viaţă cotidiană. El integrează vorbirea cu alte coduri semiotice; şi în primul rând cu expresivitatea mimico gestuală. Limbajul natural al vieţii cotidiene constă predominent din schimburi de informaţii şi expresii normativ deontice (solicitări, îndemnuri, porunci, sfaturi etc.) şi exprimarea de atitudini propoziţionale (eu doresc, vreau, promit etc.). Cadrul obişnuit al comportamentului lingvistic este dialogul, prin intermediul căruia se manifestă şi relatări, evocări, caracterizări, comentarii, mărturisiri etc. Limbajul vorbit se articulează strâns cu gândirea şi are loc totdeauna într-un context situaţional dat, fiind ordonat de parametrii acestuia.

În cadrul educaţiei şi participării la variate practici instituţionale, subiectul îşi însuşeşte limbajul scris şi diverse coduri culturale; precum şi cunoştinţele despre lume a socioculturii în care trăieşte. În cadrul diverselor roluri sociale, subiectul utilizează limbajul oficial şi specific al acestora, practicând şi moduri discursive de exprimare mai mult sau mai puţin oficiale. El îşi însuşeşte şi limbaje ştiinţifice şi culturale (artistice, mitico-sacrale etc.) pe care le poate utiliza verbal sau în scris. Textele literare conţin eroi similiumani, cu care subiectul se poate identifica.

Dimensiunea narativă a limbajului cuprinde şi relatarea de către subiect a evenimentelor ce le-a trăit şi a datelor biografice.Rememorarea biografică poate şi reprezentativă; dar aceasta se întreţese cu cea lingvistică. În raportarea la sine subiectul poate desfăşura un dialog interior autoevaluativ şi autoanalitic. Dimensiunea metareprezentativă a psihismului susţine şi solilocvia.

Formulele standard de comunicare verbală ar putea fi considerate ca fiind transmiterea unui mesaj şi redactarea unui text semnificant. Ambele aspecte presupun o capacitate de sinteză, comprehensiune şi încadrare într-un context specific. Acest context poate fi înţeles, mai ales în cazul redactărilor discursive scrise, şi ca o contextualitate intelectuală.

exprimării. Pe de altă parte, d.p.d.v. formal multe cuvinte compuse pot fi divizate, astfel încât fiecare fragment exprimă un nou cuvânt cu propria-i semnificație. Apare un joc de descompunere a cuvintelor; şi de recompunere a expresiilor din propriile constituente. Se ajunge astfel să se exprime un univers incoerent de semnificaţii. În acest context apar "neologisme", adică cuvinte inventate de către pacient şi care au pentru el o semnificaţie specială. Poate fi vorba de exprimări complexe, figuri simbolice sau chiar de un nou cod lingvistic cu care el dublează limbajul natural. Deficitul de coerenţă centrată ce a fost evidenţiat la nivel perceptiv al raportărilor active şi la cel al structurii identitare a sinelui se manifestă şi în cel al raportării la limbaj.

Dezorganizarea vorbirii şi gândirii în modalitatea incoerenţei nu e sesizabilă doar la nivelul discursului verbal. Ea se manifestă în texte şi redactări lingvistice elaborate ca expuneri scrise, artistice sau ştiinţifice. Ceea ce iese în evidenţă la acest nivel este în primul rând dezordinea, incoerenţa.

Textele redactate se plasează într-un plan suprapersonal. Adică într-o instanţă a universurilor de discurs care depăşeşte circumstanţialitatea situaţiilor

actuale, inserându-se într-un plan sau câmp al „teoreticului”. Dezorganizarea lingvistică ce se manifestă într-un eseu scris poate prezenta toate simptomele deja menţionate : utilizarea plurisemică neadecvată a expresiilor, cuvintelor sau fragmentelor de cuvinte şi a semnelor iconice ; neologisme idiosincrazice, relaxarea legăturii între concret şi abstract. Apoi textul se poate caracteriza prin incorectitudini gramaticale şi logice, prin utilizarea concomitentă a mai multor coduri semantice, printr-o dezordine generalizată, vizibilă în aspectul grafic al producției. Literele pot fi scrise cu dimensiuni variate şi puse în pagină în direcţii multiple; unele expresii sau figuri se detaşează incomprehensibil de rest sau se repetă stereotip. Dincolo de aceste aspecte, se poate constata dezorganizarea în perspectiva perturbării cursivității spre un obiectiv comunicaţional. Un eseu care e construit în stilul unui discurs retoric sau un text ştiinţific, trebuie să urmeze anumite reguli de succesiune ale argumentaţiei, pentru a conduce la concluzii. Textele literare, şi ele, respectă reguli anumite ale ordonării ierarhice ale părţilor, care fac ca semnificaţia transmisă să poată fi descifrată comprehensiv de către lector, chiar şi atunci când mizează mai mult pe caracterul sugestiv şi de “câmp” al semnificaţiilor. Toate aceste aspecte sunt perturbate, des-organizate, în elaborările care se orientează spre polul dezorganizant al schizofreniei.

În sfârşit dezorganizarea în plan logico-semantic mai ridică o problemă spinoasă. Limbajul, care are o infrastructură logico-categorială, susţine nu doar comunicarea pragmatică ci şi o instanţă a teoreticului în care se desfăşoară naraţiunile supraindividuale, teoriile ştiinţifice şi speculaţia filosofică. Instanţă care, prin intermediul miturilor sacrale şi a ritualurilor, mediază şi accesul subiectului uman spre transcendenţă. Iar prin proiectele constructive, bazate pe matematică şi fizică, realizează artefactele vieţii umane.În dezorganizarea lingvistico-semantică şi logică a schizofrenului, dincolo de perturbarea utilizării limbajului în comunicare, se reflectă şi anomalii în accesul persoanei la acest plan teoretic, narativ şi transcendent. Fapt care susţine “detaşarea” individului de

ambianţă şi "plutirea" sa într-o lume a abstracţiilor, înclinată vag spre transcendenţă. Acest aspect al patologiei schizofrene diferenţiază net tulburarea de toate celelalte perturbări psihice. La fel cu amestecarea ritualurilor cu aritmetica e specifică obsesionalităţii.

Dintre problemele ce se ridică la acest nivel câteva au o trimitere antropologică importantă. Astfel e înclinaţia persoanelor din spectrul schizofren spre abstracţii. E vorba de articularea persoanelor cu acele zone antropologico culturale care se referă şi la domenii teoretice speculative, inclusiv la filosofie. Preocuparea faţă de abstracţii vide de conţinut a schizoizilor e pentru ei o formulă de izolare socială, de retragere din prezenţa comunitară a vieţii cotidiene. La debutul schizofreniei unii tineri se arată interesanţi de ştiinţe oculte şi exotice, de yoga, de filosofie etc. E edificator în acest sens cazul unui pacient comentat de Minkowski care afirma că se preocupă de mai mulţi ani intens de filosofie; dar nu a citit nici o carte în domeniu, ca să nu-şi altereze originalitatea gândirii.

Un alt aspect este sugerat de gândirea şi vorbirea « metaforică » evidentă în vorbirea tangenţială; la care se adaugă preocuparea faţă de simboluri idiosincrazice. Faptul trimite la universul poeziei. Limbajul poetic utilizează întotdeauna un mod relaxat de discurs. Dar aceasta deoarece poemul sau poezia are o coerenţă specială, susţinută de un "câmp"afectiv ce trimite spre un univers valoric cultural. Imnul este adresat zeului, poezia erotică e destinată iubitei, multe poeme exprimă admiraţia pentru natură sau alte aspecte ale realităţii. Dimensiunea antropologică a credinţei, iubirii, admiraţiei, presupun un context special, în interiorul căruia poezia de calitate are semnificaţie şi coerenţă. În afara unui astfel de context spiritual, ea poate fi anostă, lipsită de sens şi conţinut. În dezorganizarea ideo-verbală se întâlneşte tocmai absenţa aderenţei autorului faţă de un astfel de "câmp spiritual" special, valid d.p.d.v. cultural, comunitar şi inserat în acesta.

Dezorganizarea schizofrenă în plan ideo verbal exprimă deci deficitul capacităţii de asertare semnificativă şi creatoare a persoanei, în calitatea sa de pol individual al umanului, în mediul său socio cultural specific, dimensionat prin logosul comunitar ordonat de norme şi valori. Autismul schizofren e unul al detaşării de ambianţa fizică, al plutirii în abstracţii prin semnificaţii nestructurate; sau, al resimţirii nemijlocite a unui haos sufletesc ce tinde spre vid. Spre deosebire de schizofreni, autişti, developmentali sunt închişi într-o îngustă delimitare spaţială, ambientală, concentraţi pe o sistematizare a obiectelor din spaţiul imediat, pe care le menţin într-o încremenită nemişcare.

Dar, atât schizofrenul autist a lui Bleuler cât şi autistul developmental actual, sunt hipoperformanţi în acţiunile pragmatice, mai ales că acestea implică raportarea la alţi oameni şi colaboarea cu aceştia. Persoanele din spectrul autist dacă au un psihism destul de dezvoltat, pot fi preocupate de comportamente constructive şi de sistematizări teoretice; rămânând însă indiferenţi la receptarea celor din jur. Schizofrenul autist, mai mult sau mai puţin delirant şi halucinator, nu se angrenează în acţiuni sau nu le duce la bun sfârşit. În plus, comportamentul lor pare bizar, neobişnuit, straniu, ciudat, pentru ambianţa angrenată în viaţa cotidiană. Cel mult ei pot realiza „acte autiste" în sensul lui Minkowski. Eventual, abulia lor comportamentală, marcată de ambivalenţa, se poate exprima prin manifestări catatoniforme.

În marginea autismului developmental şi a schizofreniei autiste, o condiţie care evidenţiază o patologie comportamentală din aceeaşi clasă cu dezorganizarea, se poate întâlni la cei cu personalitate obsesiv compulsivă psihastenă. Comparaţia cu perturbarea transmiterii unui mesaj comunicaţional, e edificatoare.

**Chenar 75**

## Concepe şi metafore corelate dezorganizării

Dezorganizarea, termen ce se foloseşte în prezent pentru expresia de „spaltung" propusă de Bleuler, face parte dintr-un câmp conceptual în aria căruia gravitează noţiuni precum: ordine, sistem, structură., organism, care se cer comentate pe scurt.

Ordinea şi ordonarea sunt dimeniuni ontologice şi gnoseologice care au în vedere relaţionarea entităţilor lumii; ordinea structurii ierarhice stă la baza sistemului numeric şî a elaborării figurilor geometrice. Leibnitz a pus la baza spaţio-temporalităţii ordinea concomitenţei şi a succesiunii; structurile de ordine fac parte din infrastructura lumii, logosului şi gândirii; pe lângă ordinea succesiunii şi a incluziunii ierarhice, din aceeaşi arie conceptuală ar face parte problematica implicării, cauzalităţii argumentării. Clasificarea şi sistematizarea se referă la asamblarea ordonată ierarhic într-un tot, a unei mulţimi de entităţi ce au unele elemente comune, în funcţie de anumite criterii: pe lângă sistematizarea ce se referă la cunoaştere se cer avute în vedere şi sistemele funcţinale, mai ales printre artefactele produse de om. Structura se referă la o construcţie delimitată făcută din elemente ordonate într-un întreg bine şi coerent articulat; raportul parte/întreg presupune şî el o ordine ierarhică; se vorbeşte uneori de structuri funcţionale, pentru a depăşi o viziune statică. Conceptul de organizare derivă de la organism şi organe (instrumente), presupunând intrarea în joc a tuturor conceptelor deja menţionate: ordine, sisteme şi structuri funcţionale, întreg centrat şi format din părţi funcţional articulate.

Toate conceptele menţionate mai sus au în vedere pe de o parte o instanţa individuală dată; iar pe de alta, procesualitatea raportării sale cognitiv active la o situaţie dată. Individualul amintit apare ca o realitate centrată şi delimitată cumva ce are o structură internă în care părţile constitutive sunt articulate şi interfuncţionează armonic. El se raportează la un context accesibil în care interacţionează cu entităţi similare şi diferite de sine, învăluit fiind de un mediu comun, sub un orizont. Această abordare poate fi analizată din perspectiva „coerenţei centrale" şi a perturbărilor sale.

În această viziune metateoretică „dezorganizarea" se referă la perturbarea funcţionării structurate atât la nivelul polului individual cât şi la nivelul manifestărilor active. Referinţele ce se fac în psihopatologie la dezorganizarea psihismului uman sunt decelabile mai ales la nivelul comunicării ideo verbale şi a comportamentului. Dezorganizarea cuprinde însă şi structura identitară a persoanei.

Dezorganizarea psihică este echivalată cu: dezordine, incoerenţa, destructurare, destrămare, dezlânare, dezarticulare, haos. Alte metafore utilizate sunt:

- O clădire care s-a prăbuşit;
- Un sistem orbital gravitaţional (de tip planetar sau a atomului) ce a colapsat prin deficitul gravitaţional;
- O călătorie în care drumeţul s-a rătăcit şi nu mai găseşte drumul spre destinaţie sau reîntoarcere.

## 9.2.Dezorganizarea comportamentală

În DSM-5, între clasele simptomatice specifice tulburărilor psihotice, e inclusă şi dezorganizarea comportamentală, menţionându-se la acest capitol şi catatonia.

Dezorganizarea comportamentală poate fi identificată în cazurile pronunţate prin aspectul şi manifestările bizare ale pacientului, care sunt stridente pentru simţul comun şi incomprehensibile în perspectiva argumentării ce funcţionează în viaţa comunitară cotidiană. O serie de exemple se găsesc în scalele Andreasen şi în manualele de psihopatologie descriptivă. Dezorganizarea comportamentală ce se întâlneşte în schizofrenie este dificil de analizat din mai multe motive. În primul rând, aberaţia comportamentală se poate datora în mare măsura delirului, care în această tulburare poate fi "bizar", mai ales datorită dezorganizării ideo-verbale. În al doilea rând, comportamentul uman nu poate fi disociat de motivaţia şi argumentarea sa; ori, acestea, procesul de deliberare şi proiectare al acţiunii, presupun gândirea şi utilizarea limbajului, care sunt marcate la rândul lor de dezorganizare. De fapt, chiar dezorganizarea ideo-verbală se exprimă predominent în acte de limbaj, în transmiterea de mesaje, redactări de texte aberante. Expresivitatea ţinutei corporale şi cea mimico-gestuală ar putea fi considerată o zonă intermediară între aceste două planuri.

Alte aspecte ale dificultăţii ce flanchează circumscrierea dezorganizării comportamentale sunt:  interferenţa cu patologia obsesiv compulsivă, cu cea deficitară referinţa la autism şi cea la normalitate. Indecizia, ambivalenţa, ambitendenţa, imobilitatea, posturile, stereotipia sunt manifestări comportamentale anormale ce se întâlnesc în catatonie, putând fi corelate cu dezorganizarea dar şi cu simptomatologia negativă. În cazul dezorganizării ideo-verbale o variantă mai puţin gravă o întâlnim în tulburarea schizotipală;pentru comportamentul dezorganizat nu avem însă o categorie nosologică similară. Eventual, referinţă s-ar

putea face la formele grave de patologia obsesiv compulsivă, cu trimiteri speciale la TPOC, în varianta psihastenă.

***Chenar 76***

**Dezorganizare comportamentală (comportamental bizar) după Scala de simptome pozitive din schizofrenie a lui Andreasen**

- Comportamentul pacientului e neobişnuit sau fantastic. De exemplu, pacientul poate să urineze într-o zaharniţă, să-şi picteze cele două jumătăţi ale corpului în culori diferite, sau să omoare purceluşi zdrobindu-i de zid.
- Modul de a se îmbrăca şi înfăţişarea. Pacientul se îmbracă în mod neobişnuit sau face alte lucruri ciudate pentru a-şi modifica înfăţişarea. De exemplu îşi rade jumătate din cap, poate să se îmbrace straniu şi neadecvat, poartă pe stradă cască de protectie pentru baseball şi pantaloni scurţi peste o pereche de izmene lungi, poate să se îmbrace într-un costum fantastic, reprezentând un personaj istoric sau un extraterestru; sau haine de lână în mijlocul verii.
- Comportament social şi sexual nepotrivit în raport cu normele sociale. Se poate masturba în public, să defecheze în vase necorespunzătoare sau să îşi expună organele sexuale. Poate să meargă pe stradă vorbind singur, să vorbească cu oameni pe care nu i-a văzut niciodată despre chestiuni personale, să cadă în genunchi pentru a se rugsa sau să înceapă să strige când se află în mijlocul unui grup de oameni, să se aşeze brusc în poziţii de yoga în mijlocul mulţimii, să facă propuneri sexuale deplasate unor străini.
- Comportament agresiv şi agitat care apare fără motiv şi imprevizibil; poate începe să se certe fără motiv cu prietenii sau familia, poate acosta străini pe care să îi agreseze; comportamentul agresiv nemotivat se poate referi la animale sau constă în agresiunea gravă a altora.

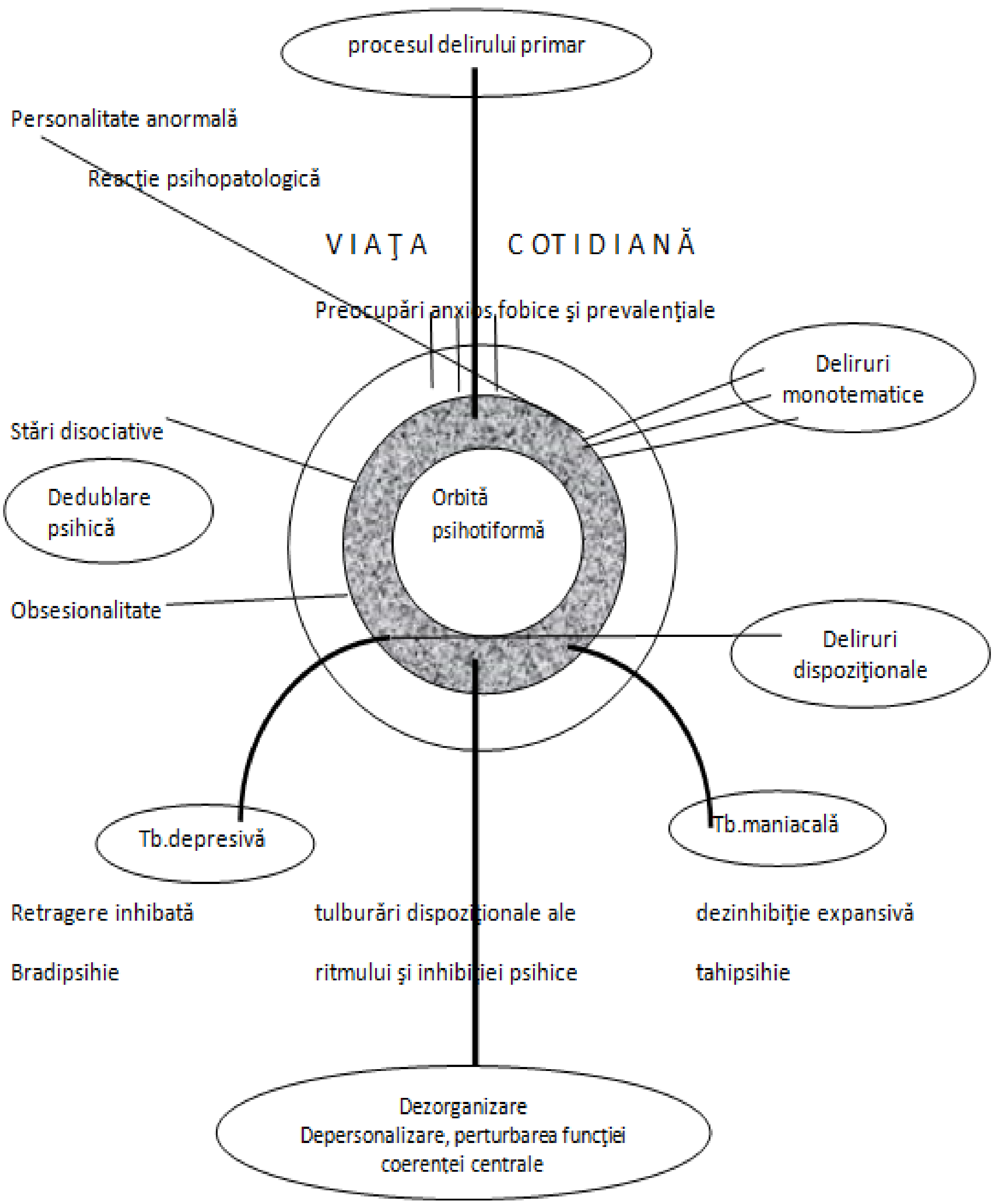
Abordarea tulburărilor comportamentale de tip dezorganizant şi cataton poate beneficia de studierea şi a altor forme grave ale obsesionalităţii cum ar fi cele marcate de indecizie ambivalentă, hiperreflexie, problematizarea simetriei şi de ritualuri magice. În perspectiva patologiei psihotice deficitare pot fi amintite şi "actele autiste" comentate de Minkowski. E vorba de comportamente ce au o motivaţie ideosincrazică, care funcţionează penru subiect, dar nu se articulează firesc de normalitatea şi normativitatea vieţii cotidiene, nu aderă şi nu se compenetrează cu aceasta. Subiectul urmăreşte şi realizează obiective care alunecă în marginea a ceea ce e acceptat de simţul comun şi de psihologia populară ca parte

componentă firească a vieţii comunitare. Exemplele date de Minkowski se referă la comportamente rigide, desfăşurate în mijlocul vieţii sociale, bazate însă pe principii abstracte şi pe interpretări logico semantice idiosincrazice a unor detalii. De exemplu : - un profesor stabileşte ca în fiecare săptămână să se comporte cu elevii conform unui unic principiu moral; sau, refuză o poezie în care se afirmă că "cerul îmbrăţişează pământul" dată fiind imposibilitatea reală a acestui fapt; un tată face cadou de crăciun fiicei sale bolnave de cancer un frumos sicriu....Sugestia privitoare la actele autiste, înţelese dimensional, se poate extinde atât în direcţie psihopatologică cât şi în cea a vieţii curente, întâlnindu-se cu comportamentul autiştilor superiori. Ar putea fi adusă în discuţie o deficienţă în aria "sentimentelor existenţiale" comentate de Radclif, dar nu în direcţia trăirii dispoziţionale ci în cea a "ataşamentului" şî a "acordării" semnificaţiei actelor efcetuate cu firescul vieţii cotidiene.

Chenar

Chenar 73

**Tulburări psihice orientate spre orbita psihotiformă**



# 10. Psihopatologia deficitară neorganică. Astenie, anhedonie, abulie, autism şi depersonalizarea anonimizantă

În ultima ediţie DSM-5 patologia psihotică e indicată prin prezenţa simptomelor din câteva domenii: deliruri, halucinaţii, gândire (vorbire) pronunţat dezorganizată, comportament motor anormal (incluzând catatonia) şi simptome negative. La acestea din urmă care ar fi mai specifice schizofreniei sunt indicate: -reducerea expresiei emoţionale; avoliţia; alogia; anhedonia; asociabilitatea. Abordarea rămâne una comportamentalistă şi centrată de pe deficitul facultăţilor; la care se adaugă (a) sociabilitatea. Starea deficitar psihotică astfel rezultată se însoţeşte – ceea ce nu se menţionează explicit în capitolul respectiv deşi e presupus tot timpul – de pierderea capacităţii de "testare a realităţii". Dezorganizarea ideo verbală se articulează cu alogia deficitară care pare a fi un rezultat al ei. Întreg acest grupaj al simptomelor psihice negative nu aminteşte însă nimic despre "autism" care e un diagnostic ce e plasat în clasa tulburărilor neodevelopmentale. Această perspectivă merită comentată printr-una paralelă.

Sindroamele psihopatologice deficitare indicate prin privativul "a", au fost descrise, la fel ca multe altele, la cumpăna dintre sec.XIX şi XX. Ele s-au menţinut apoi, având însă o soartă variabilă.

**10.1.Astenia**. Termenul de astenie derivă, fără a fi fost utilizat frecvent în trecut în comentarea tulburărilor mentale, de la o veche expresie grecească ce semnifică o boală, în sens de slăbiciune. Chiar şi acum, în sec.XIX, iniţial s-au dezvoltat cercetări fiziologice cu privire la iritabilitatea şi epuizabilitatea la suprasolicitări a muşchilor animalelor, înainte de a se comenta sentimentul de oboseală al oamenilor. Deoarece astenia, ca oboseală resimţită şi reală, se întâlneşte des în simptomatologia unor diverse suferinţe organice şi infecţioase, s-a analizat ulterior faptul că "sentimentul oboselii" – ca "lasitudine" – poate fi corelat

şi cu factori motivaţionali. În psihopatologie astenia s-a afirmat în cadrul “nevrozelor”, unde era plasată şi histeria.

Când la sfârşitul sec.XVIII lea Cullen (1770) introduce sintagma “bolilor de nervi” se aveau în vedere condiţii clinice în condiţionarea cărora era incriminat sistemul nervos central. Dintre acestea unele prezentau leziuni cerebrale identificabile, precum era “paralizia progresivă sifilitică” sau scleroza multiplă. La altele însă nu se identificau astfel de leziuni, ca de exemplu în epilepsie, histerie, hipocondrie, coree, delirium tremens. Aceste “boli de nervi funcţionale” deşi au rămas în zona de interes a psihiatriei, erau abordate distict faţă de patologia mentală clasică, centrată pe melancolie, manie, frenezie, dementia;tulburări care erau acum concentrate în clinicile (azilele) de boli mentale. Bolile psihismului, ale minţii sau spiritului (“Geistkranken” în germană) erau cele în care oamenii se manifestă aberant, îşi pierd raţiunea, mintea (“deraison”, în franceză, “dementia” în formulare latină); sau ies din modelul firesc de gândire şi comportament, (ceea ce a şi permis, în comentarea lor, introducerea termenului de “paranoia” – ce înseamnă “gândire greşită, alăturea”; şi pe cel de delir – cu semnificaţia de “ieşire din drum”, deraiere). Nebunii propriu zişi se înstrăinau de alţii, deveneau “alienaţi mentali”, de ei ocupându-se “medicii alienişti” din azile. Bolile de nervi,cele ale “oamenilor nervoşi”, care sufereau de”nervozitate”, în care se va plasa şi neurastenia, erau plasate alături de acestea, într-o poziţie paralelă.

În sec.XIX, pe lângă azilele de alienaţi mentali, au luat fiinţă în Europa şi SUA şi multe cabinete medicale particulare ale specialiştilor orientaţi în direcţia bolilor psihice si de nervi. Medicii care le deserveau în mijlocul comunităţii preferau eticheta de “doctori de nervi” (Nervenartzt) celei de alienist (doctor de boli mentale) care părea mai stigmatizantă. O exemplificare a acestei diferenţe rezultă şi din episodul în care Prof.A.Forel din Zürich (de la Clinica Bürgholz) a fost solicitat să consulte la Veneţia în 1891 pe Regina Elisabeta a României (soţia Regelui Carol I, cunoscută şi sub pseudonimul literar de Carmen Silva). Concluzia

lui Morel a fost: “Regina nu e în prezent bolnavă mental, ea are doar probleme nervoase, fiind suprasolicitată de spiritualism.

În acest context, astenia se impune în psihiatrie ca neurastenie. Expresia şi conceptul neurasteniei îi aparţine lui G.Beard din SUA, care era medic electroterapist, tratând cu curent electric diverse afecţiuni. Cartea sa **Neurastenia, or Nervous Exhuasion** a fost apoi tradusă în franceză şi germanăiar neurastenia s-a răspândit fulgerător pe cele două continente, ca o epidemie. Beard considera că a delimitat o nouă boală de nervi, care are la bază epuizarea sistemului nervos, care “devine desfosforizat”; şi care se cere, în consecinţă, reîncărcat energetic, cu curent electric. Simptomele neurasteniei erau şi ele predominant corporale, constând din: oboseală (sentiment de epuizare, corporală şi psihică), iritabilitate, cefalee, “în cască”, durere pe axul coloanei vertebrale tulburări de tranzit intestinal, dispepsie, cenestopatii migratorii, mialgii, dificultăţi de concentrare a atenţiei, nerăbdare, irascibilitate, manifestări disvegetozice, hiperreflexie etc.; se puteau adăuga simptome anxios fobice şi uşor depresive.

Beard considera că neurastenia era o boală specifică americanilor, datorată mediului aparte de viaţă al acestora, cu solicitări intense, concurenţă acerbă, stress şi efort mental continuu. Iar uneori indivizii ajungeau la bani mulţi, lux şi excese prin consum de substanţe şi sex. Toate aceste comportamente  conduc la epuizare. Medicul american era de părere că, dintre americani, cei mai predispuşi la neurastenie erau cei ce se lansau în afaceri, ducând o viaţă de risc major. Boala nu ar afecta clasa muncitoare, ocupată cu eforturi fizice brute; în mod expres erau excluşi negrii. Pe lângă tratamentul electric susţinut de Beard s-au mai propus tratamente balneare, cure de refacere energetice, persuasiune.

Răspândirea diagnosticului de neurastenie în Europa a condus la unele schimbări de optică şi la confruntarea cu nosologia vremii. Mai ales englezii, care erau cuprinşi în acea vreme în revoluţia industrială, au extins diagnosticul de neurastenie şi la clasa muncitoare, de ex. la cei care lucrau la căile ferate. Charcot a

acceptat dg.de neurastenie, alături de cel de histerie, pentru unele manifestări de model psihosomatic (în direcţia simptomatologiei colecţionate în histerie de Briquet la mijlocul sec.XIX). Freud a diferenţiat în raport cu neurastenia (şi histeria) o nevroză predominant anxios fobică; şi a sugerat că trăirile astenice, cu sentiment de epuizare, s-ar putea datora excesului sexual. După Primul Război Mondial voga neurasteniei a scăzut, fără a dispărea. Conceptul de astenie s-a încetăţenit chiar printre tipurile caracteriale apărute în descrierea personalităţilor psihopate ale lui Schneider.

Explozia neurasteniei a stimulat, în epocă, şi crearea conceptului de "psihastenie" de către Janet. Căci, deja în prima jumătate a sec.XIX psihiatria a recuperat semnificaţia de "psihism" pentru patologia ei, odată cu conceptul de "psihoză" introdus de Ernst von Feutersleben în 1825. Deşi nu a avut o definiţie precisă, conceptul de psihoză a încorporat treptat majoritatea patologie azilare, mai ales cea care s-a desprins din tradiţionala melancolie şi manie, sub forma delirului halucinator, ce va fi marcat ulterior şi de dezorganizarea şi autismul schizofreniei bleuleriene. Psihopatologul francez a încercat un demers similar pentru aria "bolilor de nervi", care în sec.XX se vor grupa în cea a (psiho) nevrozelor.

Janet a remarcat că neurastenia lui Beard nu cuprindea prea multe simptome psihice. De aceea în noul concept de psihastenie, construit şi el după un model energetic mecanic, psihopatologul francez a introdus, alături de astenie, anxietatea, fobiile, obsesiile, compulsiile, indecizia, ambivalenţa; precum şi mai nou definita depersonalizare, care acum încorona tabloul clinic prin "pierderea simţului realului", susţinută de derealizare, comentată ca sentiment de incompletitudine. Modelul comportamentalist al psihasteniei lui Janet pune accent pe "tensiunea psihică" care suţine proiectul de acţiune al persoanei. Scăderea acestei tensiuni nu se referă însă doar la nivelul energetic bazal, de propensiune; ci şi pe proiectiv, cel aspirativ, şi sintetic. "Funcţia realului" s-ar plasa în vârful unei ierarhii psihice, conceput în tradiţie evoluţionist jacksoniană; astfel încât simptomatologia ce apare,

ce se "desimplică" odată cu scăderea tensiunii psihiceşi pierderea simţului realului, se exprimă tot mai mult prin manifestări repetitive, automate, nediferenţiate.

Concepţia psihasteniei s-a menţionut un timp, mai ales în jurul patologiei obsesiv compulsive, ajungând chiar să denumească una din variantele tulburării de personalitate obsesională. Ideea de astenie a revenit însă ulterior în psihopatologie chiar sub forma neurasteniei lui Beard, în diverse secvenţe.

Una din acestea s-a afirmat după mijlocul sec.XX în URSS – şi ţările din blocul communist – sub patronajul concepţiei "nevriste", a perturbării "activităţii nervoase superioare", în concepţia lui I.P.Pavlov. Nevrozele şi psihozele căpătau, sub această ideologie, o interpretare ce se calchia pe dinamica excitaţiei şi inhibiţiei pe cortexul cerebral. Dintre nevroze, neurastenia se plasa la loc de cinste, deoarece prezenta cele mai puţine simptome subiective, greu de interpretat în acest model. Aşa s-au petrecut lucrurile şi în România acelor vremi, când Institutul de Neurologie al Academiei a declanşat un studiu şi a publicat o carte privitoare la nevroza astenică, ce a devenit pilonul diagnosticelor de nevroză. Erau acceptate şi forme clinice "cu elemente" anxios fobice, obsesive, depresive etc. Explicaţia ştiinţifică aducea în prim plan din nou argumentaţia lui Beard privitoare la suprasolicitare. Doar că acum, populaţia vizată era  clasa muncitoare din ţările socialiste, suprasolicitată de efortul de a construi o nouă societate. De remarcat faptul că, totuşi, în această atmosferă s-au dezvoltat unele interpretări nuanţate privitor de ex. la faptul că rol patogenic are mai ales munca neplăcută, fără satisfacţii; şi că un anumit rol îl poate juca şi perfecţionismul caracterial, ce poate induce o autosuprasolicitare epuizantă. Odată cu prăbuşirea sistemului politic acest nou val al neurasteniei s-a stins şi el.

O altă reactualizare a problematicii asteniei s-a produs odată cu luarea în considerare a realei epuizări ce se poate realiza atunci când un om e supus, într-o perioadă delimitată de timp, unei solicitări psihofizice mult crescute. Se avea acum în vedere atât efortul fizic cât şi cel intelectual, tensiunea psihică, atenţia,

creativitatea, responsabilitatea etc. O astfel de epuizare denumită “burn-out” era chiar previzibilă în unele domenii, în perioade extrem de solicitante. Se poate vorbi, desigur, de o reacţie comprehensibilă anormală de epuizare, similară cu cea depresivă (din doliu) sau cea anxioasă, după un stres cu pronunţată ameninţare vitală. În cazurile de burn-out se cere ţinut seama, pe lângă constituţia subiectului, de nivelul său de pregătire, acomodare, informare asupra situaţiei ce-l aşteaptă, de dotarea sa corespunzătoare sollicitrilor evenimentului etc.

O faţetă mereu prezentă a asteniei se intersectează cu acea dimensiune a ei,care însoţeşte bolile corporale în general. Unele din acestea, mai ales cele infecţioase, virozele de exemplu, pot fi extrem de astenizante. Uneori, în prezenţa unei oboseli prelungite, se poate presupune o condiţionare infecţioasă (sau general corporală) pe baza unor indici, chiar dacă nu se poate formula un diagnostic exact. Oricum psihopatologia actuală acceptă diagnosticul de “oboseală cronică”.

Actuala perspectivă planetară a existenţei oamenilor, solicită dialogul dintre culturi; precum şi o atenţie sporită faţă de istoria cultural ştiinţifică a omenirii. Astfel, medicina antichităţii occidentale a fost d.p.d.v. doctrinar predominent umoralistă. În alte culturi însă mai ales în cele orientale, au predominat doctrine energetice. Aşa e de ex. medicina chineză. Dar şi în Europa, chiar relativ recent, a fost funcţională, în paralel cu doctrina etiopatogenică organică şi terapia centrată pe medicamente sintetice, şi o medicină homeopatică, bazată tot pe o viziune energetică. Ori, în cadrul acestor concepţii, astenia, datorată deficienţei de energie, mai precis “anergiei”, joacă un rol deosebit. Dacă ne referim strict la domeniul psihopatologiei, interpretarea depresiei de ex., e în medicina chineză tratată şi în prezent predominent în termeni de minus energetic şi nu de distorsiune afectivă.

În sfârşit, în ultimele decenii psihologia şi psihopatologia a beneficiat tot mai mult de cercetările cognitiviste, care ţin mult seama de prelucrarea informaţiei, după modelul inteligenţelor artificiale. Astfel s-a stabilit că omul, la fel ca alte fiinţe cu sistem nervos central dezvoltat, obţine informaţii din diverse medii prin

operaţionalitatea unei atenţii selective, care sortează deja la nivel periferic informaţiile importante, în raport cu cele neesenţiale, pentru obiectivul intenţional. Dacă acest filtru atenţional periferic nu funcţionează adecvat, suntem bombardaţi de multe informaţii inutile, de "zgomote" perturbatoare, astenizante; şi trebuie să facem un efort special pentru a selecta activ informaţiile noi utile; efort ce ne epuizează şi el. Astfel s-ar explica astenia din fazele iniţiale ale schizofreniei şi din alte stări psihopatologice.

Simptomul asteniei, în sensul oboselii predominent resimţiţă subiectiv,se plasează la periferia autopercepţiei de sine a persoanei,a autoreceptării sale ca agent intenţional şi activ,ce se proiectează în lume.Se poate spune că ea graviteazăîn jurul "orbitei psihotiforme"pe care o poate totuşi intersecta.

10**.2. Anhedonia** e un termen care a fost introdus de Ribot la sfârşitul sec.XIX-lea pentru a indica reducerea capacităţii de a experimenta plăcerea, de a se bucura; şi care se exprimă prin lipsa de interes şi preocupare faţă de ambianţă. N.Andreasen a introdus anhedonia în scala sa de evaluare a schizofreniei negative (în 1983); dar,cu un accent pe areactivitatea şi indiferenţa socială.Pentru persoanele cu anhedonie autoarea americană indica: - lipsa capacităţii de a avea sentimente de intimanţă şi apropiere faţă de alţii, relaţii reduse de prietenie, interese sexuale reduse (în raport cu vârsta şi statutul social) ş.a.m.d. Dar, incapacitatea de a se bucura, de a avea plăceri, satisfacţii, de a fi atras de lumea înconjurătoare,se întâlneşte şi în depresie sau în sd. de depersonalizare/derealizare. Anhedonia poate fi de aceea un exemplu pentru necesitatea de a comenta sensul pe care-l are un simptom în diverse contexte sindromatice.

Anhedonia, aşa cum a comentat-o Ribot, avea iniţial semnificaţia unui deficit afectiv.De aceea merită reluată observaţia lui Berrios privitoare la efortul ce s-a depus în sec.XIX pentru diferenţierea limbajului psihologic în acest domeniu, prin introducerea aspectelor temporale. Privitor la anhedonie, e vorba nu

doar de faptul că “în prezent” subiectul nu poate resimţit plăcerea, ci şi de anticiparea faptului că ea nu va putea fi resimţită nici în viitor. Aceasta e situaţia pe care o exprimă depresivul, care nu se mai aşteaptă la nicio bucurie sau satisfacţie, fiind blocat în perspectiva expectaţiilor, lipsit de speranţă. Anhedonia va însemna la depresiv lipsa speranţelor că va fi mai bine cândva, că va mai avea plăceri şi bucurii. Prin contrast, maniacalul se simte aspirat de un viitor atoate posibil, sprijinindu-se punctiform pe un prezent hedonic. Situaţia e diferită de schizofrenie în care această distorsiune temporală nu se petrece, ea fiind caracteristică dispoziţiilor afective. De aceea, pe la mijlocul sec.XX, Dide şi Guiraud au încercat să introducă o altă expresie pentru a caracteriza lipsa plăcerii şi a capacităţii de a se bucura în această boală propunând termenul de “atimhormie”. Aceasta urma să semnifice, pe de o parte lipsa de afectivitate – “a-timie” –iar pe de altă parte, absenţa propensiunii active spre lume, exprimată prin particula “horme”. Expresia de atimhormie nu s-a menţinut. Se foloseşte în schimb destul de frecvent pentru etichetarea deficitului de afectivitate, de aderenţă şi rezonare la lume pe care o trăieşte schizofrenul, expresia grecească de “apatie”. Semnificaţia acestei expresii e şi ea predominent afectivă, dar cu înţeles de “afectivitate respondentă la solicitările lumii”; şi nu de una proiectivă, propensivă (“pathein” însemna în greaca veche a suferi, a fi afectat, de unde expresiile prezente în limbile europene de: pacient, pacienţă –răbdare - , pathetism etc.). Apatia înseamnă, deci, în primul rând, indiferenţă. Apatia psihopatologică din schizofrenie se orientează în direcţia unui sd.deficitar apato abulic, a unei indiferenţe ca expresie a unei depersonalizări anonimizante rezultatăşi din dezorganizarea ce destramă psihismul, lipsindu-l de însăşi nuclearitatea agenţiei,autonomiei sale; de axul identităţii cu sine a persoanei conştiente.

Schizofrenul deficitar apato abulic se resimte pe sine nu doar ca lipsit de identitate – ca în sd.dep/der.st. – ci ca fiind efectiv gol,vid, fără dolinţe,intenţii,gânduri, lipsit de orice ataşament faţă de ceva din lume,faţă de alţii,

pe scurt, nerezonând la nimic. Prin faptul ca reflexivitatea lucidă se pastrează,situaţia poate fi traită ca extrem de neplacută. Variantele autoanalitice şi lucide de schizo -, nu sunt însă foarte frecvente,deoarece procesul dezorganizant destramă progresiv raţionamentul critic al subiectului.Condiţia se cere însă avută în vedere pentru a o diferenţia atât de anhedonia depresivă cât şi de autopercepţia blocajului – a "amorţelii"- afective din sd.depersonalizării. Aceasta din urmă, care e condiţia cea mai apropiată de normalitate,invită la o trimitere spre cunoaşterea de sine a omului,aşa cum s-a realizat ea în cultura occidentală.

În cultura Greciei clasice condiţia indiferenţei afective era avută în vedere nu doar ca eventualitate deficitară,negativă;ci şi ca ţintă a unui suprem efort de autocontrol filosofico moral, prin care se ajungea la "*ataraxie*". Aceasta reprezintă o stare de detaşare de lume realizată prin efortul de gândire şi efortul moral al filosofului (stoic, sceptic) care depăşeşte contingenţa mizeriilor existenţei cotidiene, ajungând la înţelepciunea indiferenţei. Deci, o variantă filosofică grecească, a atitudinii de extragere din ciclul suferinţelor mundane, spre care tindeau vechii indieni, prin yoga şi budhism.

Indiferenţa ataraxică ce poate fi comentată, până la un punct şi în cadrul normalităţii, ar putea fi deci înţeleasă ca o stare dispoziţională aflată la limită, rămânând totuşi ca un cadru din care ar putea deriva alte stări dispoziţionale, ce angajează subiectul lume. Aşa ar fi de ex. dispoziţia spre acţiune, muncă, combativitate, joc, contemplare, sărbătoare În măsura în care reuşeşte să se plaseze la un nivel parţial superior, indiferenţa (apato-ataraxia) ajunge să fie indemnă la emoţii – şi, deci, de frică – de dorinţele hedonice şi chiar de afectivitate tranzitivă (ataşament, dragoste). Aşa era de ex. ipostaziată poziţia "geniului" romantic, pe care o comentează Eminescu în Luceafărul. Desigur că, sociabilitatea (gregară) s-ar plasa şi ea, în raport cu "indiferenţa superioară" a ataraxiei, la un nivel inferior; alături de emotivitate şi pasiunile existenţei curente, în mijlocul existenţei cotidiene. Acest model ierarhic merită reţinut atunci când se ajunge la

comentariul persoanelor cu o indiferenţă afectivă anormală, aşa cum întâlnim în cazul psihopatului

**9.3. Abulia (avoliţia)** se referă, în traducere directă, la lipsa de voinţă. Deci, la un deficit al dinamismului motivaţional, de generare şi pe structurare a intenţionalităţii sinelui, pornind din mijlocul identităţii persoanei, a autonomiei şi agenţiei acesteia. Precum şi la derularea proiectelor intenţionale prin care subiectul se afirmă în lumea sa umană, ca fiinţă autonomă, concomitent cu ataşamentul său faţă de alţii şi cooperarea interpersonal socială.

Dacă ne plasăm în perspectiva individului se pot comenta ca faţete ale abuliei o serie de simptome ce pot fi întâlnite la indivizi cu tulburări de personalitate, în patologia astenicăm obsesiv compulsivă, depresivă, a schizofreniei deficitare şi catatone.

- Lipsa de interes, motivaţie şi dorinţa de a iniţia acţiuni de orice fel. Acesta ar fi fost şi înţelesul atimhormiei;

- Ruminaţii interminabile privitoare la variate eventualităţi de acţiune, fără caq subiectul să se poată opri la conturarea unui proiect;

- Luarea unei decizii de acţiune şi întocmirea unor planuri, dar cu imposibilitatea de demarare (lipseşte funcţia pe care germanii o numesc “antriebe”);

- Indecizia, ambivalenţa şi ambitendenţa. Acţiunea e începută dar e părăsită în diverse faze ale sale; eventual se încearcă şi o variantă contrarie, care este şi ea oprită. Apoi, totul se repetă, comportamentul dezvoltându-se mai mult sau mai puţin.

- Lipsa perseverenţei; acţiunea începută e oprită. Sau, e derivată spre o acţiune colaterală, uneori pierzându-se în a direcţii secundare.Dar ea poate fi ulterior si reluată de la nivelul la care a fost părăsită; sau, chiar de la început, într-o variant puţin diferită.

- Finalizarea şi reluarea repetată, cu sentimentul neterminatului.

În perspectiva relaţionării cu altul-alţii, controlul şi autonomia acţiunii poate avea multiple deficienţe:

- Completa dependenţă de altul, nu doar în perspctiva acţiunii propriu zise ci şi a opiniilor, intenţiilor, preferinţelor; şi, desigur, a obiectivelor; e cazul tb.de personalitate dependentă.
- Nevoia de îndemn şi sprijin în iniţierea şi derularea actelor, mai ales pentru situaţii mai problematice; persoane abulice sau anxioase, cu marcată "lasitudine" sau conduită evitantă, pot fi totuşi mobilizate de alţii, prin persuasiune şi atitudine suportiv protectivă.
- Sugestionabilitate crescută, influenţarea de către alţii a deciziilor şi acţiunilor, prin imitare sau sugerare;sugestia hipnotică şi posthipnotică sunt cazuri extreme. Fenomenele de "ecou psihic" – motor, mimic, lingvistic - pot apare în catatonie sau în Sd.Tourette, prin intervenţia "neuronilor oglindă".

Chenar 77

**Tulburarea catatonă**
**Criterii de diagnostic DSM-5**

A. Tabloul cinic e dominat de trei (sau mai multe) din următoarele simptome:

1. Stupor (i.e. lipsa activitătii psihomotorii; nu se relaţionează activ cu ambianţa);
2. Catalepsie (i.e. inducerea pasivă a posturii ce se menţine împotriva gravităţii)
3. Flexibilitate ceroasă (i.e. rezistenţa sau încetineala la mişcările induse de examinator)
4. Mutism (i.e. lipsa de răspuns sau răspuns foarte redus)
5. Negativism (i.e. opoziţie sau lipsa de răspuns la instrucţii sau stimuli externi)
6. Postúri (i.e. menţinerea spontană sau activă a posturii împotriva gravitaţiei)
7. Manierism (i.e. manifestări bizare sau caricaturale a acţiunilor normale)
8. Stereotipii (i.e. mişcări fără o direcţie precisă, repetitive, anormal de frecvente)
9. Agitaţie, neinfluenţată de stimuli externi
10. Grimase
11. Ecolalia (i.e. mimarea vorbirii altuia)
12. Ecopraxia (i.e. mimarea mişcărilor altuia)

B. Evidenţa că tulburarea nu este consecinţa unei alte condiţii medicale (sau C a unei alte tulburări psihice : schizofrenie etc.)
C. Tulburarea nu apare în cursul deliriumului
E. Tulburarea cauzează suferinţe şi deficienţe

- Ambivalenţa, în sensul implicării altora în decizii şi acte, dar cu importante oscilaţii, desolidarizări, opoziţii faţă de celălalt.
- Opozivitatea marcată faţă de sugestia sau solicitarea altora, inclusiv faţă de intenţia de mobilizare.

O parte din aceste manifestari pot apare în Sd.cataton. Iar altă parte, poate fi apanajul psihastenilor obsesivi gravi, orientaţi în direcţia schizofreniei deficitare.

**9.4. Autismul**. Astenia, anhedonia şi abulia sunt complexe simptomatice care se constituie, în principal, pe axul funcţiilor realizatoare, a proiectelor de acţiune susţinute de funcţiile executive. Ele interferează cu afectivitatea şi sociabilitatea în variate modalităţi, fapt ce a fost amintit. Problema acestor interferenţe, care nu este una simplă, apare totuşi, mai ales şi datorită faptului că domeniul afectivităţii este şi în prezent unul insuficient conceptualizat. De exemplu dispoziţiile afective se cer comentate atât din perspectiva fundalului dispoziţional general prin care subiectul se articulează cu lumea sa umană cât şi din cel al variatelor dispoziţii afective circumstanţiale. Cât priveşte perspectiva relaţionării sociale – care joacă un rol important în diferenţierea afectivităţii – psihopatologia a realizat un demers destul de reuşit în urma evoluţiei conceptului de autism introdus de Bleuler, în direcţia unei tulburări neurodevelopmentale.

Bleuler a introdus neologismul "schizofrenie" pentru a re-uni supracategoria nosologică pe care Kraepelin o etichetase "demenţă precoce", după ce acesta reunise în acelaşi cadru multiple boli "psihotice", caracterizate prin debut precoce şi evoluţie nefavorabilă. Noutatea demersului său constă în criteriile psihopatologice pe care le presupune pentru caracterizarea acestei tulburări şi care sunt două. Primul, "schizis-ul", care dă însăşi denumierea bolii se referă la fragmentarea ("Spaltung" în germane) şi necoordonarea psihismului. Cel de al doilea, indicat tot printr-un neologism, "autismul", se referea la închiderea într-o lume proprie, bizară, blocându-se astfel comunicarea cu ceilalţi. Pacienţii marcaţi

de depersonalizaea descrisă de Krishaber şi Dubois resimţeau şi ei, subiectiv, odată cu sentimentul pierderii identităţii, şi plasarea lor în afara lumii comunitare, cu care aveau sentimentul că nu mai pot comunica. Dar schizofrenii autişti ai lui Bleuler erau efectiv plasaţi într-o lume paralelă, bizară, fără a mai putea comunica comprehensiv cu ceilalţi oameni. Şi nici aceştia cu ei.

Autismul schizofren nu a putut fi definit prea clar; şi, mai ales, diferenţiat de alte forme de alienare psihopatologică în care comunicarea cu normalitatea era dificilă.

Problema şi tema autismului au recăpătat însă interes în a doua jumătate a sec.XX, din perspectiva psihiatriei infantile.

Începând cu mijlocul sec.XX a fost descris şi studiat, un deficit psihic developmental ce se distingea de obişnuita deficienţăintelectuală (=oligofrenie) prin ciudăţenia lipsei zâmbetului, a necooperării cu cei din jur, mişcări stereotipe, intoleranţă la schimbare şi alte particularităţi. Manifestările devin de obicei evidente până la 3 ani; dar s-au descris şi cazuri care se exprimă pregnant doar înainte de pubertate sau mai târziu (Sd.Asperger). Interesul crescut faţă de această patologie a condus la conturarea unui spectru autist a cărui circumscriere din DSM-5 pune accentul pe deficitul relaţionării şi comunicării interpersonal sociale:
- deficit în reciprocitatea emoţionabilităţii sociale, a împărtăşirii intereselor cu alţii, în comportamentul comunicaţional nonverbal şi verbal, în a dezvolta şi menţine relaţii şi prietenii etc. Se adaugă : manifestări stereotipe, aderenţa la rutină, detalii şi nonschimbare, interese restrânse, hipo sau hiperreactivitate la stimuli, dificultate în perceperea ansamblurilor ca detaşate de un fundal accesibil etc.

Interesul crescut din ultimele decenii pentru această patologie ce a fost numită „autistă”, a dus la imaginea unui spectru autist lărgit, ce se extinde chiar şi la variante personaliste funcţionale, sau chiar creative. Autismul developmental s-a dovedit un domeniu predilect pentru studii neurocognitive, mai ales datorită

**Chenar 78**

**Spectrul autist**
Criterii din DSM-5

A. Un deficit persistent în comunicarea şi interacţiunea socială în multiple contexte care se manifestă prin următoarele (în prezent sau pe baza istoriei):
1. Deficit în reciprocitatea emoţionabilităţii sociale, de ex. abordări sociale anormale şi eşuarea conversaţiei reciproce, o redusă împărtăşire a intereselor, emoţiilor şi afectului; eşecul iniţierii sau răspunsului la interacţiune;
2. Deficit în comportamentul comunicaţional nonverbal; de ex. comunicarea verbală şi nonverbală e slab integrată; anormalitatea în contactul ocular şi limbajul corporal sau deficit în a înţelege şi utiliza gesturile; până la completa lipsă a comunicării nonverbale sau expresiei faciale.
3. Deficit în a dezvolta, menţine şi înţelege relaţiile; de la dificultăţi în a ajusta comportamentul la variate contexte sociale la dificultăţi în a împărtăşi jocuri imaginative sau de a-şi face prieteni sau lipsa interesului de a avea persoane apropiate.
B. Modele de comportament, interese şi activităţi restrictive, repetitive ce se manifestă prin cel puţin două din următoarele:
1. Stereotipie sau repetitivitate a modelelor de comportamnent, utilizare a obiectelor sau a vorbirii (e.g. simple stereotipii motorii, a lovi uşor obiectele, ecolalie, fraze ideo sincrazice);
2. Insistenţă pe neschimbare, aderenţă inflexibilă la rutină sau modele ritualizate de comportament verbal sau nonverbal, dificultăţi cu tranziţia, modele de gândire rigide, ritualuri de salutare, nevoia de a urma acelaşi drum sau a folosi aceeaşi mâncare în fiecare zi;
3. Interese restrânse, fixe, anormale ca intensitate şi obiectiv (e.g. preocupare crescută cu obiecte neobişnuite; interese excesiv de circumscrise sau perseverative);
4. Hiper sau hiporeactivitate la contactul senzorial sau interese neobişnuite în aspectele senzoriale ale ambianţei (e.g. aparenta indiferenţă la durere/temperatură, răspuns adversiv la anumite sunete sau texturi, excesiva mirosire sau atingere a obiectelor, fascinaţie vizuale cu lumină sau cu mişcări.
C. Simptomele trebuie să fie prezente în perioada dezvoltării timpurii (dar pot începe să fie manifeste când solicitarea depăşeşte capacităţile, sau pot fi marcate prin strategii învăţate în viaţa adultă).
D. Simptomele cauzează deficitul funcţionării sociale, ocupaţionale sau alte domenii.

restricţiei şi rigidităţii comportamentale a pacienţilor;precum şi a utilizării reduse de către ei a limbajului articulat.

Cercetări neurocognitive realizate pe loturi bine selecţionate de autişti au dus la identificarea unor funcţii neuropsihice integratoare de tip modular, a căror nedezvoltare ar putea explica în mare măsură simptomatologia tulburării. E vorba în primul rând de funcţia mentalizării – Theory of Mind (ToM) –ce se dezvoltă în primi trei ani, în paralel cu ataşamentul, limbajul, funcţiile executive şi de cogniţie socială; toate acestea pun împreună bazele structurii nucleare, intenţionale şi

reflexive a sinelui delimitat. Copilul de trei ani îşi dă seama că un alt om pe care-l percepe, are şi el o minte la fel cu a sa, prin care evaluează situaţia şi are anumite intenţii. Mentalizarea asigură intuirea directă, perceptivă, a intenţiilor şi opiniilor altuia în situaţie („citirea" minţii celuilalt). Se consideră că această funcţie specific umană este un important câştig evoluţionist, care susţine dezvoltarea cooperării între oameni. Autiştii sunt deficitari în dezvoltarea şi achiziţia funcţiei ToM.

În al doilea rând s-a constatat că la autişti nu se dezvoltă adecvat o funcţie a „coerenţei centrale", care stă la baza integrării perceptive a părţilor într-o configurare semnificantă, detaşată pe un fundal accesibil (f.c.c.p). Ea a fost definită în continuitatea cercetărilor psihologiei configuraţioniste din sec.XX şi face parte dintr-un grupaj mai amplu al funcţiilor de triere, selectare, ierarhizare şi sinteză a informaţiilor actuale de către creierul şi psihismul uman, prin intermediul filtrului atenţional. În autism se întâlnesc şi insuficienţe ale funcţiilor executive şi ale limbajului articulat, dar deficitul ToM, f.c.c.p şi a f.i.a ar fi principalele responsabile de „tulburările formale" ce se întâlnesc în aceste cazuri.

Tulburarea funcţiei coerenţei centrale perceptive (f.c.c.p) în autism are un echivalent în perturbarea derulării funcţiilor executive în patologia obsesiv compulsivă, ce se manifestă la nivelul personalităţii psihastene (Chenar…) prin: dificultatea integrării secvenţelor comportamentale succesive în realizarea unui proiect de acţiune. Pacientul se opreşte mereu la detalii neimportante, făcând ocoluri şi tinzând să piardă direcţia acţiunii.

Aceeaşi anormalitate se regăseşte în dezorganizarea ideo verbală la nivelul comunicării unui mesaj, când vorbirea tinde să piardă obiectivul comunicării. Acest model al relaxării coerenţei centrale e de fapt valabil în toate raportările active situaţionale ale schizofrenului la lume,- după modelul rezolvării unei probleme - de la căutarea unei informaţii la rezolvarea unei probleme; dar şi la nivelul structurii identitare a sinelui. În autismul infantil psihismul fiind insuficient dezvoltat, manifestarea cea mai pregnantă a disfuncţiei este însă la nivel perceptiv.

Revenind la autism, după ce au fost studiate cazurile cu diverse grade de nedezvoltare specificăa psihismului, în spectrul autist au ajuns să fie incluse şi persoane cu destul de bună dezvoltare a inteligenţei şi chiar a limbajului, ce se pot integra parţial în funcţionarea socială, în urma unei psihopedagogii specialeşi a susţinerii comunitare. Performanţa lor poate fi chiar bună în domenii carenu presupun relaţii sociale şi schimbări informative neprevăzute. Un portret robot al acestei cazuistici s-ar caracteriza prin:

> Comportament rigid desfăşurat după un algoritm fixat de la început, nereorganizat pe parcurs în funcţie de informaţiile contextuale; subiectul, dacă ţine cont de împrejurări, trebuie să facă eforturi pentru a reveni la direcţia fixată iniţial; e perserevent şi greu influenţabil; preocupările sunt predominent teoretice de ordin general, deseori privind sistematizarea unui domeniu. Ele nu sunt legate de realizări pragmatice; iar colaborarea cu alţii e foarte dificilă. Autistul poate fi interesat de studii sistematice în domenii circumscrise şi de elaborări teoretice într-o zonă limitată impersonală; sau de activităţi constructive şi de sistematizare; nu prezintă interes pentru a fi recepţionat şi comentat de alţii; poate să-şi exprime gândurile şi redactările când auditoriul e minim sau chiar dacă nu îl ascultănimeni; nu e sensibil la context şi sensurile implicite, căutând să delimiteze cât mai accentuat domeniul de care se ocupă; prezintă lipsă de fluenţă şi comprehensiune a nuanţelor şi subtilităţilor; e atent la detalii şi completitudine, parcurgerea ansamblului se realizează din aproape în aproape, din detaliu în detaliu, până când subiectul are sentimentul că totul e bine conturat. Relaţionarea cu alţii e redusă, lipsită de spontaneitate şi intimitate; nu se poate plasa în punctul de vedere al celuilalt; colaborarea e dificilă sau imposibilă, în dialoguri şi acţiune.

Tabloul astfel conturat aminteşte de clasicul model al personalităţii obsesive anankaste, descris de psihopatologii germani ca o variantă în care indecizia funciară a obsesivului e hipercompensată prin rigiditate. De fapt, cercetările sistematice ale ultimilor ani au demonstrat cătb.obsesivcompulsivă este una din cele mai frecvente comorbidităţi ale autismului.

Pe de altă parte interesul pentru spectrul autist lărgit, cuprinzând rudele apropiate ale autiştilor, a identificat prezenţa între acestea a multor persoane cu comportament în limite normale şi integrate în comunitate dar care prezintă o « răceala afectivă”, atitudine distantă faţă de alţii, preocupări tehnico-matematice, tendinţă spre o existenţă cu minime relaţionări sociale. Trăsăturile menţionate sugerează apropierea faţă de ceea ce tradiţional s-a descris (inclusiv în DSM 5) ca tulburare de personalitate schizoidă. Se ridică problema dacă schizoizii nu se suprapun, în cea mai mare parte, peste persoanele autiste cu intelect superior. În DSM-5 se menţionează că diagnosticul diferenţial între aceste două cazuistici e uneori foarte dificil, în favoarea autismului pledând eventual prezenţa mai accentuată a stereotipiilor. Probabil că e vorba însă nu doar de stereotipii, ci de tendinţa accentuată spre delimitare şi unidirecţinare a celor din spectrul autist, deosebită de tendinţa spre împrăştiere dezorganizantă a schizoizilor, stăpâni pe limbajul narativ critic, relaţional; dar şi pe cel abstract, nu rareori prezentând tendinţe spre preocupări abstracte sterile. O trăsătură comună evidentă e însă anafectivitatea indiferentă, atât faţă de alţii cât şi faţă de sine.

***Chenar 79***

**Tulburarea de personalitate schizoidă**
**Criterii DSM-5**

A. E prezentă o configuraţie constantă a detaşării de relaţiile sociale şi de reducere a exprimării emoţiilor în contexte interpersonale, ce debutează în perioada adultului tânăr şi e prezentă în variate contexte, prin patru (sau mai multe) din următoarele:

1. Nu doreşte şi nu se bucură de relaţii apropiate, incluzând şi faptul de a face parte din familie;
2. Alege aproape întotdeauna activităţi solitare;
3. Are interes redus, sau deloc, pentru experienţe sexuale cu alţii;
4. Manifestă plăcere pentru puţine activităţi sau deloc;
5. E lipsit de prieteni apropiaţi sau confidenţi în afara de rudele de gradul întâi;
6. E indiferent faţă de aprecierea sau criticismul altora;
7. Manifestă răceală afectivă, detaşare sau afectivitate tocită.

Studierea amănunţită a autiştilor şi a celor din spectrul autist în ultimele decenii, a nuanţat cunoaşterea noastră asupra sociabilităţii şi afectivitătii, mormale şi patologice. Studiile asupra cogniţiei sociale, pe care o susţine creierul social, a diferenţiat aspecte precum: - recunoaşterea feţei umane în general şi a expresivităţii sale emotive; - recunoaşterea persoanelor apropiate şi de ataşament, precum şi identificarea străinilor; - intuirea intenţiilor situaţionale a altora în urma perceperii feţei lor; - atribuirea către alţii a unor atitudini şi intenţii de durată în raport cu probleme, situaţii, persoane diverse şi sine; - implicarea posibilă a altora în scenarii metareprezentate posibile, în raport cu situaţii ce ar urma să se desfăşoare, pentru clarificarea unor probleme. Cogniţia socială raportată la perceperea nemijlocită a altora, e dublată de cogniţia scenariilor relaţionale ficţionale, ce sunt receptate prin narativitatea culturală; şi aceasta, cu conştiinţa faptului că narativitatea propriilor scenarii în care subiectul e implicat, poate fi şi ea transpusă în plan socio cultural.

Afectivitatea corelată relaţionării sociale se întreţese cu dimensiunea motivaţională a sociabilităţii. Individul uman se simte în mod natural atras spre contactul, comunicarea şi interacţiunea cu alţii, cu care se interpătrunde şi rezonează. Această dimensiune prosocială proiectivă (propensivă, motivaţională) este deficitară în autism. Constituirea în primii ani a relaţiei de ataşament asigură un fundal atât pentru cunoaştere cât şi pentru motivaţie şi afectivitate. În cazul unei reuşite relaţii de ataşament, subiectul se simte în siguranţă în explorarea lumii şi în întâmpinarea persoanelor noi. Anxietatea de separare şi fobia de contact se desfăşoară pe acest fundal. Modelul ataşamentului infantil e reprodus ulterior în relaţionarea intimă cu alţii, care constituie condiţia relaţionărilor duale, în care cei doi subiecţi îşi cunosc intimităţile, se influenţează reciproc, rezonează împreună la evenimente pozitive şi negative. Stările afective de iubire, sau gelozie, presupun această relaţie. Şi la fel, variatele forme ale stărilor afective pozitive (de bucurie, împlinire, fericire) şi negative (îngrijorare, depresie de doliu etc.). În perspectiva relaţionărilor ce au în vedere şi zone sociale publice şi oficiale, se impun trăiri

afective de tipul ruşinii, milei, vinovăţiei etc. Precum şi anxietatea pe care o indică frica de alţii, suspiciunea paranoidă etc.

Afectivitatea tranzitivă, care vizează relaţionarea în diverse feluri cu alte persoane, se întreţese deci cu diapazonul faţetelor sociabilităţii. Această afectivitate tranzitivă poate fi absentă la unele persoane, alături de o bună cogniţie socială; şi de o capacitate de relaţionare socială (sociabilitate) crescută, aşa cum întâlnim în cazul psihopatului amoral a lui Cleckley. Autismul şi schizoidia reduc sociabilitatea, emotivitatea, ataşamentul şi abilitatea relaţionărilor sociale. La psihopat acestea se păstrează, uneori dezvoltate până la performanţa unei crescute capacităţi de a-i manipula pe alţii.

### 9.3. Depersonalizarea anonimizantă

Simptomatologia schizo- reunită în anafectivitate, anhedonie, asociabilitate, avoliţie, alogie, a preocupat clinicienii ce au redactat DSM-5 predominant în manifestările sale expresive şi comportamentale, înregistrabile pentru un diagnostic reproductibil. În acest sens sunt ele descrise în scala lui Andreasen şi în DSM-5. Psihopatologul de orientare fenomenologică Scahrfetter a încercat inventarierea trăirilor subiective prin care schizofrenii deficitari îşi resimt perturbarea sinelui identitar. El s-a ghidat după jaloanele propuse de Jaspers privitoare la deficienţa egoidentităţii, egodelimitării, egoconsistenţei şi egoagenţiei, la care a adăugat egovitalitatea. S-au înregistrat în acest sens exprimări precum:

> "Nu mai ştiu cine sunt...am părăsit trăsăturile şi figura ce-mi aparţineau...mă simt vulnerabil fără protecţie...mă amestec cu alţii...părţi din mine sunt în afara mea...mă simt dezagregat, nu mai sunt o unitate...eu nu mai sunt deloc, nu mai exist...nu mai sunt viu, sunt fără viaţă etc."

Trăirile subiective astfel colectate se agregă în direcţia unei simptomatologii depersonalizante ce se manifestă în contextul dezorganizării psihismului, conjugându-se cu menţionatele simptome schizo- din DSM-5. E de subliniat că în schizofrenie în general şi în cea negativă în special, simptomatologia specifică sd.

dep/der standard – care în prezent e plasat în clasa tb. disociative – este deseori prezent, resimţit subiectiv, hiperreflexiv şi ruminativ de pacienţi. El se simte detaşat de lume, „sub un clopot de sticlă”, neaderent şi nerezonant faţă de alţii şi sine. Dar gândirea pacientului e marcată acum de dezorganizare, bizarerii, ciudăţenii, tulburări semantice şi de gândire.

În schizo- s-ar putea vorbi de o depersonalizare în primul rând obiectivă, ce se exprimă prin grave deficienţe ale funcţiei motivaţional volitive, intelective şi afective, de ataşament, emotivitate, dispoziţie etc. Şi care condiţionează o existenţă lipsită de relief şi identitate, de participare la viaţa comunitară cotidiană.

Simptomatologia deficitară din schizofrenie a fost tradiţional comentată la pacienţii azilari cronicizaţi, la care ea era mixtată cu simptome halucinator delirante şi cu o pronunţată dezorganizare ideo-verbală. Nu poate fi exclusă în aceste cazuri instalarea unei deteriorări generale a persoanei ca şi consecinţă a procesului psihopatologic şi al alienării azilare. Stare deficitară care i-a sugerat lui Kraepelin eticheta de “demenţă precoce”. Se ridică însă problema simptomatologiei negative a schizofreniei în formele marginale şi incipiente ale tulburării, până când procesul dezorganizării încă nu şi-a exercitat efectul; iar pacientul nu a avut de suferit consecinţele deprivării instituţionale.

În această direcţie s-au organizat în ultimele decenii cercetări din perspectiva vulnerabilităţii şi a stărilor prodromale. E vorba în primul rând de mereu citatele studii ale şcolii din Bonn privitoare la “tulburările bazale” evidenţiate prin scala BSABS, care decelează simptome subiective la persoanele cu risc crescut. La acestea s-au descris simptome negative de tipul unui sindrom anergic, cu oboseala, scăderea puterii de concentrare, a motivaţiei, a capacităţii de decizie, a celei de a se bucura, diminuarea sentimentelor şi a nevoii de contact.

**Chenar 80**

**Funcţia coerenţei centrale, dezorganizarea şi depersonalizarea anonimizantă**

După ce Bleuler a propus eticheta de schizofrenie şi conceptul de „spaltung” pentru a-i caracteriza dezorganizarea, Jaspers a sugerat la baza acestei patologii un proces psihopatologic care pertură edificiul eului conştient al persoanei în coerenţa, delimitarea, centrarea sa prin agenţie şi unitatea identităţii sale în timp. Deşi conceptul de dezorganizare s-a menţinut în timp, el nu a mai beneficiat de multe studii sistematice. Cognitivismul s-a aplicat în ultimul timp asupra studierii perturbării prelucrării informaţiilor în schizofrenie şi autism, comentând deficienţa filtrului informativ atenţional (f.i.a.) şi a coerenţei cerale perceptive (f.c.c.p). Pe această cale s-a evidenţiat perturbarea sintezei informaţiilor la nivel receptiv într-o modalitate ce poate fi comparată cu dezorganizarea psihică, prin deficitul ordonării ierarhice.

Perturbări în domeniul ordonării şi ordinii se mai întâlnesc în patologia obsesiv compulsivă (prin obsesia ordonării simetrice), fiind interesant să se compare deficitul f.c.c.p. din autism cu deficienţa controlului funcţiilor executive la personalitatea obsesiv compulsivă. Pacientul nu poate integra ordonat secvenţele proiectului de acţiune datorită ocolurilor induse de probleme de detaliu. „Câmpul acţiunii” nu se conturează pregnant iar finalizarea e dificilă în atmosfera verificaţionismului obsesiv. S-a constatat că cea mai importantă comorbiditate a autismului infantil este cu patologia obsesiv compulsivă.

Pornind de la aceste cazuri, analiza poate fi extinsă la întreaga sinteză informativă pe care subiectul e solicitat să o rezolve în raportările sale active la situaţii. Adică: căutarea informaţiilor în memorie (şi selectarea celor oferite de fluxul ideativ); - integrarea informaţiilor feed back pe care corpul în acţiune le trimite spre centrul decizional; - derularea unui proces comunicativ a unui dialog, a unei expuneri sau redactări (ştiinţifice, culturale); - procesele de gândire şi de rezolvare de probleme în general. Dacă aplicăm modelul f.c.c.p. în toate aceste arii, atunci pot apărea multiple sugestii în studierea patologiei dezorganizării.

Un ultim pas s-ar cere făcut prin aplicarea modelului coerenţei centrale însăşi a sinelui persoanei identitare. Deşi, acum nu mai e vorba de un proces circumstanţial de raportare, ci de unul permanent, al integrării biografice în unitatea şi coerenţa pe care o asigură la poliui extremi, propria corporalitate şi identitatea socială. Unitatea identităţii personale e şi obiectivă şi subiectivă; delimitarea sa se întinde apoi în variate direcţii, de la proximitatea spaţiului locuirii la reţeaua relaţiilor interpersonale apropiate, proiectele de acţiune în derulare, proprietăţile avute şi convingeri intime. Centrarea persoanei se realizează în permanenţă prin sinele intenţional, reflexiv şi autogenerativ; iar autonomia agenţiei sale susţine coerenţa manifestărilor.

Dediferenţierea psihică pe care o induce dezorganizarea conduce spre o depersonalizare anonimizantă.

Iar în plan cognitiv distractibilitate, perseverare, ideaţie intruzivă şi interferenţială, blocajul gândirii, dificultăţi de receptare a semnificaţiilor, pierderea memoriei de lucru, a deprinderilor cutumiere fascinaţia de către detalii Dar şi trăiri referenţiale, derealizare, sentimentul modificării propriului aspect în oglindă etc. Ansamblul simptomelor perturbă raportarea subiectului la problemele vieţii de zi cu zi.

În perspectiva depersonalizării e interesantă continuarea acestor cercetări de către şcoala din Copenhaga cu scala EASE. Aplicarea acesteia decelează cazuri în care subiectul tinde să îşi piardă nucleul intern al identităţii, sentimentul că propriile trăiri şi gânduri sunt "ale sale". El se simte anonim, nonexistent sau profund diferit de alţi oameni; sau, prezintă o hiperadaptabilitate, cu conformare perpetuă la opiniile altora. Scade sentimentul participării efective la evenimente, de "prezenţă" a sa în situaţii. Subiectul se simte cu limite fragile, vulnerabil la influenţe exterioare multiple, cu care se identifică apersonalizant.

Pe acest fond apar experienţe corporale din seria depersonalizării : autocontemplare îndelungată în oglindă cu sentimentul unor schimbări morfologice şi cu impresia că unele părţi ale corpului îi sunt străine; experienţe de spaţializare şi dezintegrare corporală. Apoi, tulburări ale demarcaţiei proprii, confuzia cu alţii, anxietate la contact corporal, sentimentul de pasivitate la expunere. Se adaugă tulburări ale cursului gândirii, reducerea iniţiativei gândirii. În sfârşit, un sentiment special de centralitate, de megalomanie magică, grandiozitate solipsistă, preocupări filosofice şi religioase sterile.

Profilul psihopatologic ce rezultă din scalele BASB şi EASE este, desigur, şi un construct al autorilor ce le-au elaborat. Dar o dimensiune deficitar negativă a sinelui identitar şi a autonomiei agenţiei se profilează destul de clar în spatele - sau mai bine în direcţia - tabloului clinic al schizo- din DSM-5.

Tabloul asteno-anergic subliniat de şcoala din Bonn (oboseala, scăderea puterii de concentrare şi decizie, de a se bucura şi a se relaţiona social); şi pierderea

nucleului identitar invocat de şcoala din Copenhaga (sentimentul că propriile trăiri nu mai sunt „ale sale”, pasivitate, reducerea iniţiativei gândirii, diluarea delimitării) toate indică o depersonalizare devitalizantă şi anonimizantă, dediferenţiatoare, care nu e doar subiectivă ci şi obiectivă. Privită din această perspectivă, simptomatologia schizofreniei deficitare (schizo-) apare destul de pregnant ca o depersonalizare obiectivă, devitalizantă şi depersonalizantă care configurează sd. dep/der la un pol opus faţa de varianta strict subiectivă a sd. dep/der/st.

# ANEXA 1

## Psihism animal şi psihism uman în perspectivă evoluţionist culturală. Psihologia evoluţionistă

### 1.4. Psihism animal şi psihism uman. Psihologia evoluţionistă

Faptul că psihismul e comun omului şi animalelor a fost sesizat încă din antichitate de către Aristotel, cu precizarea că ultimul e caracterizat prin *nous* – intelect. După Renaştere, dualismul lui Descartes a negat psihismul animalelor, considerate ca simple automate. Psihologia experimentală din sec.XX, atât prin doctrina comportamentalistă cât şi prin cea configuraţionistă a reactivat ideea că mare parte din funcţiile psihice ale omului pot fi studiate la animale: atenţia, percepţia, memoria, învăţarea, decizia în condiţii de risc, emoţiile, ataşamentul etc. S-a dezvoltat apoi o psihologie animală care a căpătat importanţă deosebită odată cu etologia, disciplină ce studiază comportamentul animalelor în mediul lor natural de viaţă. S-a evidenţiat astfel complexitatea mai ales la vertebratele superioare a comportamentelor etichetate tradiţional ca instinctive. Aşa sunt: - perioada de rut, implicând ritualurile de curtare şi lupta pentru poziţia alfa a masculilor; - delimitarea teritoriului; amenajarea locuinţei, creşterea şi instruirea puilor, inclusiv comportamentul de joc; - strategiile de căutare a hranei, de atac, apărare, evitare, asigurare;- comunicarea intraspecifică, etc. S-a stabilit apoi că o serie de comportamente de tip instinctiv sunt transmise genetic astfel, încât ele să se manifeste la o anumită vârstă, când e predictibil (dar şi necesar) să se întâlnească anumiţi factori de mediu (stimuli informativi) care „impregnează" individul, dau contur definitiv respectivului comportament, devenind ulterior declanşatorii comportamentului său.

Evoluţionismul lui Darwin s-a reactivat în sec. XX după ce s-au realizat importante progrese în genetică. Treptat a ajuns în prim plan ideea că prin selecţia naturală şi sexuală s-au reţinut nu doar caracteristicile corporale, morfologice, care

susţin performanţele; ci, mai ales, modele comportamentale adaptative. Comportamentele ce se dovedesc utile pentru hrănire, salvare, multiplicare, sunt susţinute de anumite reţele neuronale şi se constituie în „modúli psihocerebrali" care sunt suportul modelelor de comportament adaptative. Selecţia şi transmiterea genetică transgeneraţională a acestora s-ar face pe această cale a genelor ce susţin formarea encefalului. Ne plasăm acum la un nivel al evoluţiei fiinţelor vii în care existenţa, supravieţuirea şi progresul indivizilor şi a speciilor, cade tot mai mult în sarcina prelucrării informaţiilor de către sistemul nervos central. Evoluţia în această direcţie susţine teleencefalizarea, creierul devenind tot mai complex, astfel încât antropoide şi la om întâlnim un encefal „triun" (în formularea lui McLean), ce conţine un strat „repitilian", unul „mamilar" şi unul „neomamilar".

Ideea „modúlilor psihocerebrali" prin intermediul cărora se selectează şi se transmit comportamentele adaptative a fost lansată în 1980 de către Fodor. Iniţial, modúlii aveau în vedere susţinerea de către structuri neurocerebrale precise a unor comportamente bine determinate, încapsulate, care se declanşează cvasiautomat şi funcţionează relativ rigid, consumând puţină energie; iar absenţa lor ar determina un deficit specific. Această schemă a fost apoi nuanţată, avându-se în vedere şi scheme comportamentale care nu susţin decât coordonatele de bază a unor domenii de reacţie comportamentală. Iar manifestările efective pe care individul le va dezvolta, se determină într-un tot mai important procent prin învăţare şi decizie conjuncturală în funcţie de parametrii situaţionali. Se configurează astfel ideea că, direcţia evolutivă a complexificării comportamentului psihic al animalelor, are în vedere operarea pe modele ale realităţii situaţionale date, ce face trimitere la memorie. Modele în cadrul cărora, problema pe care o ridică percepţia unei situaţii actuale, e proiectată pe fondul unei reprezentări mai ample a lumii cunoscute. Reprezentare conturată atât prin informaţiile genetice cât şi prin experienţa câştigată şi depusă în memorie, care e împărtăşită cu congenerii.

Perspectiva psihologiei evoluţioniste a fost aplicată apoi şi în studierea primatelor şi a maimuţelor antropoide. La acestea din urmă s-a evidenţiat şi rolul important pe care-l joacă sociabilitatea, relaţiile interindividuale, cele din grupurile mici şi lărgite (până la 70 indivizi). Ansamblul acestor date au fost parţial transpuse şi în studierea psihismului uman. La om apar însă importante aspecte diferite.

Principalele coordonate specifice ale psihismului uman au fost deja menţionate. În primul rând, condiţia generală pe care o introduce limbajul narativ critic, care instituie un mediu de cunoaştere ce reduplică realitatea fizico-biologică, asigurând pentru fiecare psihism individual o <u>instanţa metareprezentaţional</u>ă, bazată pe memorie ce permite operarea pe modele probabiliste a situaţiilor date. Apoi, „<u>funcţiile executive</u>” ce susţin comportamentele cu scop; şi, ampla cogniţie şi relaţionare interpersonală, asigurată de „<u>creierul social</u>”. Cogniţia socială, funcţiile executive şi limbajul narativ au constituit un triunghi funcţional, ce a redimensionat psihismul uman. Psihism ce a ajuns să se integreze tot mai mult în structurile socio comunitare, practico teoretice instituţionalizate, ce funcţionează ghidate de norme şi valori. Dar schema neuromodulară de transmitere a capacităților adaptative de bază nu a dispărut. Ea a fost evidenţiată prin felul în care Chomsky a interpretat, în anii 80 ai sec.trecut, achiziţionarea limbajului de către copil.

Transmiterea modular cerebrală a capacităţilor lingvistice ale copilului se bazează pe dezvoltarea anumitor zone a cortexului cerebral fronto temporal. Dar suportul asimilării şi practicării limbajului ar consta într-o „gramatică de profunzime”; adică o structură logico sintactică generativă, valabilă pentru toate limbile umane. Copilul ce creşte într-un mediu lingvistic determinat, odată cu însuşirea prin imitare a diverselor praxii, asimilează şi practicarea limbii culturii în care creşte. Şi aceasta fără a se concentra asupra exersării efective şi fragmentare a secvenţelor ei constitutive. Practicarea limbajului se decantează, şi „se agregă” în

structurile neuropsihice ale copilului din această ambianţa lingvistică, în limitele capacităţilor performante ale creierului său, prin jocul imitării şi interacţiunii cu adulţii.

Un model similar poate fi avut în vedere şi pentru achiziţionarea structurii funcţiilor executive şi a celor ale cogniţiei sociale. Pentru acesta din urmă Baron-Cohen a inventariat o suită de moduli psihocerebrali bazali, ce intră succesiv în funcţie conjugându-se; astfel încât, la trei ani să se închege capacitatea mentalizării. Iniţial ar apare privirea ațintită ce detectează intenţionalitatea celuilalt; apoi: privirea conjugată cu a mamei, recunoaşterea în oglindă, imitarea cuiva care nu e prezent (la 18 luni); pe parcurs ar intra în joc şi un modúl al detectării emoţiilor, ce susţine empatia şi se conjugă cu ataşamentul. În sfârşit, toate acestea se articulează în jur de 3-4 ani pentru a constitui capacitatea de cogniţie socială a mentalizării (ToM). Prin mentalizare, copilul se resimte că are un corp şi un eu propriu, cu o proprie identitate şi agenţie, prin intermediul căruia intuieşte percepându-l pe altul ce intenţii şi evaluări are acesta în situaţie. Privitor la interpretarea genezei mentalizării există şi alte interpretări, dar tradiţia modularităţii nu este complet ignorată.

Tema modularităţii neuropsihice prin care se transmit genetic disponibilităţi comportamentale adaptative, se păstrează deci şi pentru psihismul uman, într-un sens nuanţat însă. „Pachetul modular” cu care copilul se naşte conţine, desigur, programele instinctuale bazale ale psihismului animal (oscilaţia veghe/somn cu vise, pulsiunea de investigare a ambianţei, percepţie vizuo-spaţială, reactivitatea emotivă şi dispoziţională, reglare alimentară, erotismul şi comportamentul sexual, teritorialitatea etc.). Dar reţelele neuronale modulare ale creierului uman includ în plus:

- disponibilitatea de a-şi însuşi şi exercita limbajul narativ critic şi variate coduri semiotice structurate gramatical semantic.

- grupajul funcţiilor executive ce susţin acţiunea cu scop, rezolvarea de probleme şi căutarea activă a informaţiei.

- cogniţia socială interpersonală şi ataşamentul, prin care se introjectează imagourile altora aflaţi în relaţie afectivă,cu autoproiectarea subiectului, ca personaj, în scenarii relaţionale, pe o diagramă intim/public.

- stări dispoziţionale, incluzând autovalorizarea : euforie expansivă şi megalomană, retragerea depresivă autodepreciativă, încordare anxios suspicioasă etc.

- autoperceperea şi autoreprezentarea sinelui reflexiv şi intenţional, ce e resimţit ca încorporat; şi care a asimilat instanţa alteregourilor. Sine ce se configurează cu o identitate biografică mnestică (conjugată cu cea corporală şi socială), aflându-se în raport cu lumea fizică şi umană prin intermediul unor situaţii actuale.

Structura funcţională a psihismului uman presupune o amplă prelucrare informaţională pe care o gestionează nucleul sinelui încorporat, structurat intenţional, reflexiv şi autogenerativ; care, prin diverse mecanisme ordonează şi ierarhizează mereu ansamblul datelor informaţionale, după coordonatele unor obiective.

Condiţia relaţională faţă de lume a psihismului individului uman depăşeşte raportarea la lumea biofizică ambientală, desfăşurându-se într-un plan metareprezentaţional teoretic, susţinut de intersubiectivitatea interpersonală şi populat cu realităţi fictive şi cu artefacte umane. Acest plan metareprezentaţional e conectat la (şi imersat în) mediul lingvistico narativ (şi conceptual) al culturii comunităţii, în care funcţionează norme şi valori ce reglează comportamentul indivizilor înregimentaţi în practici instituţionalizate; precum şi naraţiuni mitico sacrale, istorico fictive şi ştiinţifice. Pe acest fundal subiectul se autoevaluează şi se angajează în situaţi, montându-se dispoziţional; şi apoi  dezvoltând proiecte şi preocupări.

Astfel de dimensiuni specifice psihismului uman vor fi comentate în continuare; şi apoi reluate analitic odată cu invocarea stărilor psihopatologice.

**Câţiva parametri ai antropogenezei şi psihismul uman; funcţiile executive şi cele ale cogniţiei sociale.**

Procesul antropogenezei este evaluat ca începând cu aproximativ două milioane ani în urmă, perioadă în care s-au succedat mai multe specii de antropoizi şi de reprezentanţi ai speciei „homo”. În urmă cu 300.000 ani speciile de oameni despre a căror existenţă avem dovezi, se pare că erau destul de asemănătoare, răspândite fiind în Africa şi Eurasia. Până la urmă însă se impune specia homo sapiens, apărută de cu aprox. 150.000 ani în urmă în sud vestul Africii. Aceasta se răspândeşte pe toate continentele, după ce în urmă cu aprox. 70.000 ani ar fi parcurs o revoluţie cognitivă. Celelalte specii de homo dispar, iar sapiens trece, în urmă cu 10.000 ani la agricultură şi sedentarism; şi apoi la scris, diferenţiere socială ierarhică, imperii, bani, cultură, istorie. Pentru ca în urmă cu 500 ani să înceapă revoluţia ştiinţifică urmată de cea industrială, care se continuă cu actuala condiţie post modernă. Acesta ar fi rezumatul.

La specia homo, se poate constata continuarea tendinţei ce se evidenţiază pe întreg filonul evolutiv al mamiferelor superioare şi primatelor, în direcţia celor antropoide; creşterea volumului creierului şi staţiunea bipedă. Aceasta din urmă, care la nivelul lui homo se definitivează, permite privirea conjugată pe fundalul orizontului şi utilizarea mâinii, nu doar pentru gestică (conjugată cu faţa), ci şi pentru prehensiune, manipulare şi operaţii tot mai precise asupra obiectelor. Odată cu conjugarea dintre privirea centrată şi mână, omul începe să producă unelte şi să dezvolte funcţiile cognitive executive.

Rasa umană se va caracteriza prin producerea şi utilizarea uneltelor, iniţial confecţionate din lemn şi piatră. Unelte folosite pentru obţinerea şi prelucrarea hranei; apoi şi pentru confecţionarea de îmbrăcăminte, obiecte de podoabă, picturi,

sculpturi, locuinţe, clădiri de cult. Dar şi pentru război. Altă caracteristică în manipularea naturii înconjurătoare va fi utilizarea focului (începând din urmă cu aprox. 300.000 ani) pentru încălzire, apărare, lumină şi prepararea hranei. Iar în final, pentru prelucrarea minereului metalifer, cu realizarea de unelte, arme, podoabe şi obiecte de cult. Producerea şi utilizarea uneltelor pentru obţinerea obiectelor şi obiectivelor specifice, a susţinut dezvoltarea în creierul uman a unui grupaj de „funcţii executive", care concură la realizarea unei acţiuni ce are un scop mai mult sau mai puţin îndepărtat.

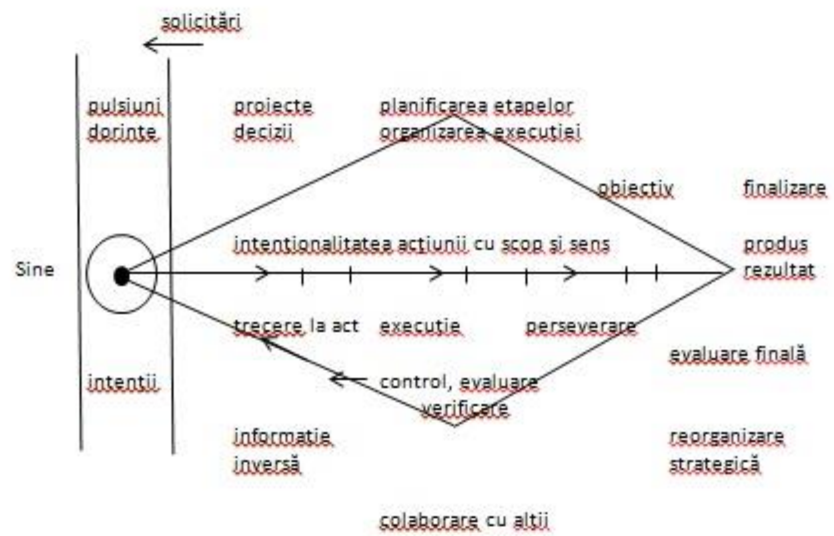
În rezumat, funcţiile executive se referă la următoarele: în raport cu o situaţie problematică dată, subiectul îşi fixează un obiectiv de rezolvare a acesteia prin etape succesive. Proiectul ţine cont de parametrii situaţiei, avansând ipoteze de rezolvare a problemei, în funcţie şi de resursele disponibile. Urmează faza deciziei şi implementării, cu evaluare continuă prin informaţie inversă a desfăşurării acesteia, a etapelor parcurse şi a eventualelor noutăţi. Deseori acţiunea se realizează în colaborare cu alţii, fiind necesară acordarea reciprocă a proiectelor. E nevoie de flexibilitate în raport cu informaţiile noi, uneori proiectul iniţial trebuind să fie reconfigurat. Întreg procesul acţiunii realizatoare pe care o susţin funcţiile executive, presupune un „centru de comandă" al agenţiei proprii, care-şi asumă coordonarea şi controlul şi menţine direcţia operaţiunii până la atingerea ţelului.
Esenţială e şi operarea continuă pe modele probabilistice ale realităţii, fapt susţinut de limbajul narativ critic şi „instanţa teoreticului" pe care acesta o induce.

Realizarea acţiunilor cu scop pe baza funcţiilor executive ale creierului presupune o continuă prelucrare orientată a informaţiilor. A celor din ambianţa percepută, furnizate de către alte instanţe umane, obţinute din propria memorie, a informaţiei inverse privitoare la parcursul acţiunii realizate prin propriul corp, cu evaluarea etapei în care s-a ajuns. Obținerea informaţiilor este ea însăşi un proces activ, care subliniază caracteristicile intenţional reflexive ale psihismului. Chiar şi simpla percepţie a unui obiect sau a unei situaţii necesită o filtrare şi prelucrare a

informaţiilor, realizată în etape. La un prim nivel, un filtru atenţional elimină cvasiautomat informaţiile neimportante în raport cu obiectivul intenţional,

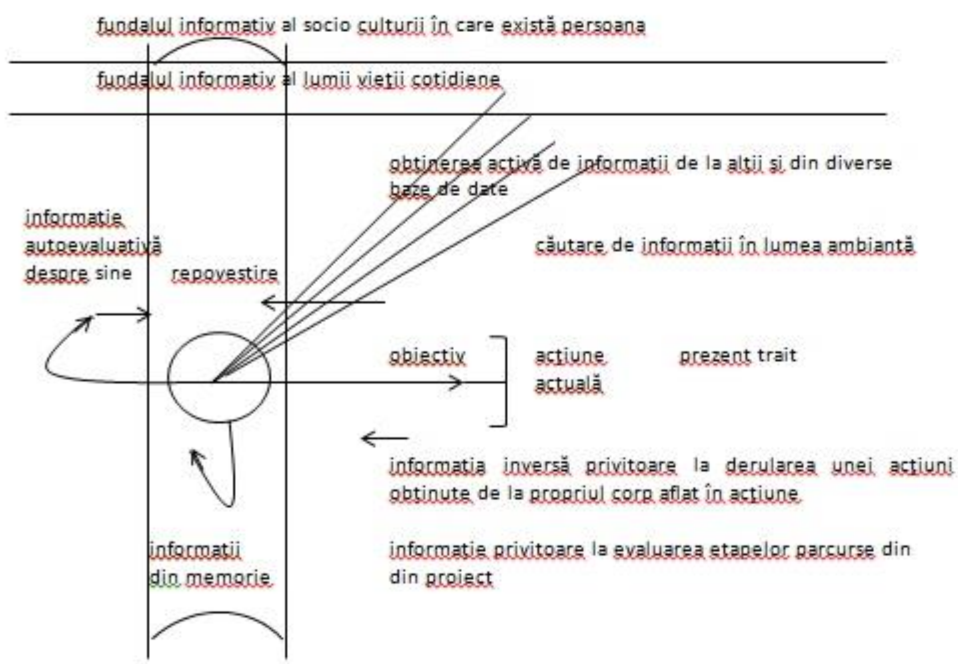
**Chenar 81** **Figura 4**

**Acțiunea voluntară bazată pe funcții executive**




**Chenar82** **Figura 5**

**Surse ale obținerii active a informațiilor**



ierarhizându-le pe celelalte în funcţie de importanţa lor. Iar la un nivel ulterior, datele perceptive sunt structurate ierarhic în vederea configurării unor forme semnificante, interrelaţionate, plasate pe un fundal accesibil. Acest proces de ierarhizare a informaţiilor după principiul unei „coerenţe centrale" funcţionează şi în direcţia urmăririi scopului unei acţiuni.

Realizarea unor acţiuni cu scop după modelul girat de „funcţiile executive" se poate desfăşura cu diverse obiective individuale sau în parteneriat: realizarea unui artefact manufacturat sau a unui eveniment, a unei comunicări, clarificarea unei situaţii (eventual relaţionale), rezolvarea unei probleme, obţinerea unei informaţii etc. Mediul de desfăşurare este atât cel al ambianţei fizico biologice cât şi cel lingvistico teoretic, specific lumii umane.

Atât mamiferele superioare cât şi maimuţele antropoide sunt fiinţe cu important potenţial de relaţionarea socială diferenţiată. Pe lângă grupul familial, mai restrâns sau mai lărgit, unele dezvoltă relaţionări în grupe mai mari, care-şi împart un teritoriu şi care pot ajunge la 70-80 indivizi.

Antropogeneza etalează o structură tot mai complexă a relaţionărilor sociale intraspecifice. Aceasta se corelează şi cu naşterea prematură a progeniturii, condiţionată de faptul că staţiunea bipedă nu permite ca oasele bazinului femeii să crească în ritm paralel cu volumul tot mai mare al capului speciei homo.

Caracteristică hominizilor e transmiterea genetică după modelul K (constând din naşterea a puţini pui dublată de un pronunţat investment parental) este astfel mult amplificată. O lungă perioadă de maturare a copilului şi deci a creierului acestuia se petrece extrauterin, în strânsă interacţiune cu mama şi familia lărgită, cu deschidere faţă de stimulările evenimenţiale umane şi de informări educative. Deja la antropoide, un număr tot mai mare de indivizi gravitează în jurul acestui copil născut prematur, ajutând-o pe mamă în hrănirea şi educarea sa; astfel încât el creşte în mijlocul unei ample reţele sociale.

În cazul omului, în acest context se dezvoltă o formă aparte a relaţiei de ataşament, care în principiu, e de fapt specifică tuturor mamiferelor. Psihismul incipient – şi deci creierul aflat în plină dezvoltare şi maturare al copilului uman – intră în rezonanţă cu psihismul matern, comunicând cu acesta iniţial prin expresivitatea feţei şi privire. Imagoul matern este asimilat, introjectat în psihismul copilului, printr-un model special de relaţionare (denumit de Bowlby „internal working model”). În primii trei ani se dezvoltă, în contextul maturării creierului, al interacţiunii cu mama şi ceilalţi îngrijitori, al achiziţiei limbajului şi altor funcţii psihice integrative, o funcţie a cogniţiei sociale ce a fost denumită „mentalizare” (sau Theory of Mind – ToM). Copilul de 3-4 ani devine capabil să intuiască situaţional, procesele intenţionale, atitudinile, dorinţele şi credinţele ce sunt prezente în mintea altora. El îşi dă seama că alţii au propria lor minte, diferită de mintea sa, de dorinţele, intenţiile, opiniile şi acţiunile pe care le iniţiază el însuşi. Desigur, ataşamentul faţă de alte persoane se menţine întreaga viaţă, cogniţia socială făcând diferenţa dintre cei intimi şi apropiaţi sufleteşte, persoanele oficiale şi cele străine. Dar, concomitent operează şi cogniţia socială, ce are la bază „creierul social”, prin care el identifică trăirile altora, credinţele şi intenţiile lor în raport cu sine şi alţii. Cogniţia socială stă la baza configurării poziţiei propriului sine în cadrul evenimentelor relaţionale ce se derulează, a scenariilor dramatice în care subiectul se simte angrenat, alături şi împreună cu alţii.

Orice om este implicat în permanenţă, nu doar în mai multe proiecte de acţiune realizatoare, ci şi în variate preocupări de clarificare a relaţionărilor şi a identităţii sale sociale.

**Revoluţia cognitivă a lui homo sapiens; limbajul narativ şi realităţile fictive; dimensiunea practico teoretică a umanităţii istoriei culturale**

Se consideră că revoluţia cognitivă realizată de homo sapiens în urmă cu aprox. 70.000 ani, care a făcut din el unica specie umană ce a supravieţuit şi a

generat omul cultural al istoriei, se bazează pe trei aspecte ale narativităţii limbajului articulat, ce s-au dezvoltat în această perioadă: - Privitoare la rezolvarea în comun de probleme practice de către mari grupuri. – Privitoare la comentarea evenimentelor şi indivizilor umani, fapt ce presupune evaluări şi caracterizări, introducând condiţia de personaj uman. - Privitoare la situaţii şi entităţi, mai mult sau mai puţin fictive, în care omul crede; fapt ce deschide câmpul comportamentelor magico religioase, a credinţei în mituri, în fiinţe şi realităţi supranaturale, în instituţii supraindividuale şi valori de schimb etc. Şi, în final, operaţii în „instanţa teoreticului". În perspectivă strict individuală limbajul narativ critic amplifică enorm instanţa modalităţilor metareprezentaţionale, pe care se pot opera rezolvări de probleme folosind eventualităţi. În acest plan subiectul se autoreprezintă şi pe sine ca personaj, în scenarii relaţionale, alături de persoane reale şi fictive. Prin instanţa sa metareprezentaţională subiectul se articulează de planul teoretic (narativ) al lumii sale umane şi devine capabil de judecăţi abstracte, cu operatori simbolici.Hipersociabilul homo sapiens, bazat pe limbajul său narativ care-l orientează spre scenarii metareprezentaţionale posibile şi spre credinţa în entităţi supranaturale, se manifestă prin acţiuni ghidate de norme şi valori. Comportamentul animalelor, inclusiv cel reproductiv, la antropoide, şi la specia homo în fazele iniţiale ale antropogenezei, se bazează pe mesaje genetice, rezumate în genomul transmisibil sexual. Baza pentru comportamentul specific a lui homo sapiens nu mai e însă în gene, ci în nucleul normativ, care susţine practicile instituţionalizate supraidividuale.Normativitatea e formulată în esenţa ei lingvistic, predominent deontic, stabilind ceea ce e obligatoriu, interzis şi permis într-o socio cultură dată. Iar sursa şi centrul acestei normativităţi deontice se plasează, pentru omul arhaic,în jurul instanţei mitico sacrale, prin care se face apel la zeii transcendenţi. Puterea lumească supremă se revendică şi ea de la cea zeiască, de pe vremea codului lui Hamurabi şi până la ultimii regi actuali. Eliade argumentează cu nenumărate exemple că fiecare acţiune umană importantă, de la

munca pământului şi pescuit la actul sexual, se cerea realizată de către omul arhaic prin raportarea la un model arhetipal, efectuat iniţial de un strămoş sau un erou mitic. Deci, trimiţând la naraţiunea mitică.

**Chenar 83**

**Funcţii ale limbajului narativ în psihismul uman**

Într-o recentă prezentare succintă a istoriei omenirii, Harare rezumă revoluţia cogniţiei realizată de homo sapiens odată cu limbajul narativ prin comentarii de tipul următor.

În rezolvarea de probleme practice, limbajul narativ permite utilizarea informaţiilor din trecut pentru acţiunea în viitor a unor comunităţi umane. De ex. un individ povesteşte grupului cum a observat dimineaţa un leu care a luat urma unor mamuţi şi a localizat direcţia de deplasare a acestora; a doua zi grupul poate organiza o expediţie pentru alungarea leului şi înconjurarea mamuţilor.

În relaţionarea socială, narativitatea permite discuţia între doi sau mai mulţi indivizi despre altul neprezent, care astfel e evocat, comentat şi caracterizat. Se poate decanta astfel pe această cale o opinie caracterizantă a grupului, faţă de membrii săi, importantă pentru ocuparea poziţiilor ierarhice. Evocarea altora neprezenţi, funcţionează nu doar în vederea comentării şi caracterizării ci şi ca reamintire. Prin aceasta se deschide calea cultului strămoşilor; iar apoi a legendelor, epopeilor şi istoriilor. Limbajul narativ permite şi organizarea socială la scară largă. De ex, pentru homo sapiens de pe vremuri, posibilitatea de a organiza o expediţie a unui grup uman care să înconjoare o turmă identificată de cai, ce sunt hăituiţi apoi spre o strâmtoare, unde-i aşteaptă un grup pregătit din timp. Acesta îi masacrează, asigurându-se astfel comunităţii o mare cantitate de carne şi piei.

Prin limbajul narativ devine posibilă apoi – şi în mod esenţial - referinţa la semnificaţii şi entităţi ce depăşesc realitatea fizico-biologică percepută nemijlocit situaţional, fiind astfel „supra-naturale". Astfel sunt de exemplu spiritele strămoşilor morţi, spiritul sau sufletul unui animal – ce poate deveni un totem. Grupul va putea crede, de exemplu că „leul este spiritul protector al grupului nostru". Se pun astfel bazele „lumii specific umane", care, chiar dacă este analoagă lumii ambiante percepute, se defineşte doar în plan narativ teoretic, susţinută de limbaj. Iar în acest plan pot apare variate entităţi fictive, dar operaţionale pentru oamenii ce cred în ele. Această instanţă a „teoreticului" ce vertebrează lumea oamenilor, va pune în joc nu doar transcendenţa religiei, ci şi miturile sau legendele de origine, normele şi legile de conduită,în cadrul practicilor instituţionalizate, valorile de schimb şi utilizarea banilor. Pe baza unor astfel de elemente în care oamenii cred şi pe care le respectă, care-i reunesc sub mitul originii şi tradiţiei comune, umanitatea se va dezvolta în continuare, ocolind genomul lui homo sapiens. Multiplicarea biologic genetică continuă ca şi la antropoide; şi la fel ca oamenii de dinainte de sapiens. Dar adevărata sa reproducere se va realiza prin educaţia noilor generaţii, reduplicarea şi amplificarea lumii culturale, susţinută de „realităţile fictive" ale limbajului narativ.

Se consideră că de la homo erectus încoace, morfologia indivizilor umani nu s-a modificat semnificativ. Iar de la homo sapiens, cel puţin în ultimii 30.000 ani nici mărimea creierului. Noile câştiguri evolutive ale diversificării şi complexificării psihismului au apărut şi s-au transmis predominent nu prin schimbări biologice genetice, ci prin mijloace culturale bazate pe informaţia ce se transmite prin limbajul narativ. Diversificarea evolutiv istorică a practicilor instituţionalizate, a modului de relaţionare interumană într-un univers reduplicat prin limbaj şi într-o lume de artefacte produse de om, actualizează şi califică mereu noi potenţialităţi psihocerebrale.

Flancat de noile sale arme cognitive, homo sapiens domină şi apoi elimină toate celelalte specii de homo. El trece din Eurasia în Australia (acum 35.000 ani) şi în America (în urmă cu 12.000 ani prin Alaska). Iar unde îşi face apariţia domină şi extermină animalele mari şi multe alte specii de animale. În sfârşit, în urmă cu aprox.10.000 ani devine agricultor sedentar, preocupat nu doar de trecutul său (originea lumii, a lucrurilor, a omului şi a gintei sale) ci şi de scurgerea timpului spre viitor, pentru garantarea recoltelor ce vor veni. Recoltele depind de anotimpuri, deci de mişcarea astrelor. Cerul se cere cercetat tot mai atent, fapt ce duce la dezvoltarea astronomiei – şi a matematicii pe care aceasta o implică - ca bază pentru calendar. Vor apărea oraşe. Iar societatea ajunge să se manifeste tot mai pronunţat ca structurată în clase ierarhice, specializate.

Practica muncii productive din societăţile agrare se integrează într-o complexă structură a practicilor instituţionalizate, care cuprind pe lângă munca agricolă, meşteşugurile (producerea mijloacelor tehnice de producţie), administraţia birocratică, comerţul, practica educativă, medicală, politică, juridică, cea războinică şi, încununându-le pe toate, practica sacrală. Societatea structurată prin practici instituţionalizate va defini statute şi roluri sociale supraindividuale, pe care subiecţii ce intră în angrenajul lor urmează să le asimileze, ca parte integrantă a psihismului lor şi a ipostazierii acestuia în personaje. Realitatea socio-biologiei

se reformulează radical în funcţionarea socio-culturilor agrare, în care normativitatea rolurilor ajunge să definească şi diverse faze ale ciclurilor vieţii (copil, adolescent, soţ, părinte, văduv, bătrân etc.). Un rol deosebit îl va juca practica educaţională, care se distribuie între familie şi sectorul public. Iar după invenţia scrisului, instituţiile acestuia se vor organiza şi ele printr-o practică educaţională specială.

În acest context socio cultural se realizează o pronunţată polarizare între viaţa intimă familială şi cea public oficială, ce se va repercuta şi asupra psihismului individual. La un capăt se concentrează zona intimităţii subiective, cea a secretelor

**Chenar 84** **Figura 6**

**Instanţa practicilor instituţionalizate învăluie existenţa persoanei şi constituie "lumea sa umană" în care funcţionează psihismul său, centrat de sine**

practici intituţionalizate

practici sacrale

practici ştiinţifice şi artistice

sărbători

refacere
administrare
construcţii
arhivare

practica muncii

politică
poliţie
război

medicină

practica învăţământului

justiţie

istoria şi stilul de viaţă a comunităţii

comunitatea căreia persoana îi aparţine simţ comun

reţea socială proximă

reţea socială extinsă

familie

locuinţă ambianţa fizico biologică

persoana individuală
corp biologic

personale la care au acces doar persoanele apropiate. Iar la celălalt capăt zona manifestărilor public oficiale, în care subiectul apare ca un personaj ghidat de norme sociale.

Personajele se referă în egală măsură la fiinţele umane concrete despre care se poate nara, cât şi la fiinţele cvasiumane din mituri, legende şi basme, din epopei, istorii, biografii. Condiţia de personaj poate marca pe fiecare om normal ce intră în angrenajul discuţiilor altora despre el. Sau, care-şi povesteşte propriile evenimente pe care le-a trăit. Odată cu asimilarea în propriul psihism a statutelor şi rolurilor sociale şi a condiţiei de personaj, psihologia omului de după revoluţia agrară începe să se dimensioneze şi prin condiţia persoanei.

În perioada din urmă cu aprox. 2500-3000 ani, s-a produs o mutaţie în parametrii socio-culturali ai umanităţii din zona mediteraneeană, constând în relaxarea credinţei în transcendenţa atotputernică a mitului sacral, cu translatarea acesteia în direcţia mytosului-poveste. În această perioadă, care e concomitentă cu apariţia scrisului alfabetic vocalic şi a circulaţiei banilor monedă, s-au dezvoltat amplu ştiinţele, filosofia şi practica juridică, apărând conceptul de persoană. Ulterior, odată cu ascensiunea noii religii a creştinismului care promova întruparea în om a lui Dumnezeu, conceptul de persoană e transferat acestuia. El va reveni la omul real în epoca modernă, odată cu etica lui Kant, sub forma persoanei morale.

Un nou episod din istoria lui homo sapiens se produce în ultimii 500 ani, când după Renaştere se dezvoltă ideea polarizării subiect/obiect. Adică, opozitivitatea între psihismul reflexiv conştient al omului, ce se adânceşte în propria-i subiectivitate; şi la un pol opus, o lume de obiecte spaţiale, dotate cu proprietăţi perceptibile.

Acum se impune treptat o ştiinţă matematizată care studiază „realitatea obiectivă” în mod experimental şi în perspectivă statistică. Obiectele unei lumi fenomenale (a cărei „obiectualitate” se polarizează cu subiectivitatea conştiinţei persoanei individuale) sunt cuprinse în teorii ştiinţifice despre lume. Această nouă perioadă a umanităţii se petrece însă într-un context al culturii în care, narativitatea limbajului instituise deja ferm, prin tradiţie, o „instanţă a teoreticului”, ca definitorie pentru lumea umană. De aceea în ultima sută de ani, cunoaşterea ştiinţifică a lumii se realizează sub formă de „teorii ştiinţifice matematizate” (coerente şi testabile) fundate epistemologic. Iar omul, persoana umană conştientă, istoria umană ce s-a dezvoltat pe fundalul antropogenezei, a biogenezei şi a genezei cosmosului, devin şi ele un obiect de studiu al teoriilor ştiinţifice. Multiplicarea uneltelor şi a tehnologiei realizează o amplă „protezare” a instanţei corporale a persoanei umane, printr-un fel de „corporalitate instrumentalo publică. Mediul în care omul trăieşte este tot mai mult unul artificial, produs de el însuşi, ca o „a doua natură”.

**Sinele persoanei conştiente ca nucleu intenţional reflexiv al psihismului uman**

Psihismul individului uman, dezvoltat pe fundalul evoluţiei biologice în direcţia telencefalizării şi a transmiterii genetice a modúlilor psihocomportamentali, s-a diferenţiat prin parametrii săi specifici, susţinuţi de funcţiile executive, creierul social şi instanţa metareprezentaţională a limbajului narativ critic. Dezvoltare ce a fost sprijinită de complexificarea mediului specific al lumii umane pe care-l asigură structurile practico teoretice instituţionalizate, ghidate de norme şi valori, instituind o „lume umană” ce învăluie fiecare persoană. Lume umană bazată pe limbajul narativ la care participă fiecare persoană, ce-şi desfăşoară în mediul ei, în câmpul ei, întreaga existenţă. Lume umană ce susţine o anumită cunoaştere şi reprezentare a realităţii fiind populată de artefacte şi simboluri specifice. Acest psihism al individului uman se cere înţeles ca ordonat în

jurul centru de sinteză şi comandă. Un astfel de centru a fost comentat în antichitate ca hegemonikon, în modernitatea europeană ca eu conştient al persoanei, iar mai recent ca sine (self) intenţional şi reflexiv.

Psihologia teoretică ce s-a dezvoltat din antichitate în cadrul filosofiei odată cu Aristotel, a comentat psihismul uman predominent din perspectiva cunoaşterii. În acest sens se considera că informaţiile culese de simţuri din lumea exterioară sunt vehiculate de simţul comun până la un centru, comparate cu datele de memorie şi cu imaginarul, pentru a fi sintetizate cognitiv de intelect (nous). Stoicii au denumit acest centru hipokeimenon. Mai târziu, în perioada scolasticii, s-a adăugat evaluarea, iar Avicena a introdus tema intenţionalităţii. În aceeaşi perioadă, odată cu mistica renană, s-a considerat că mintea omenească poate avea un “eu” şi un “sine”, caracteristici pe care le-ar împrumuta de la fiinţa divină, singura care există „prin sine”, prin contemplarea mistică. În Renaştere, mişcarea protestantă a deschis calea subiectivităţii conştiinţei, prin invitarea credinciosului de a-l căuta pe Dumnezeu “în adâncurile minţii proprii”. Se naşte acum conceptul de conştiinţă subiectivă, care, în conjuncţie cu empirismul nominalist a condus spre polarizarea  lumii umane între un pol al subiectivităţii persoanei şi unul al obiectivităţii lumii exterioare. Psihismul  omului ajunge să fie comentat prin subiectivitatea cogitantă a conştiinţei sale, ce se poate îndoi de lume; dar nu şi de faptul că îndoindu-se gândeşte (Descartes). Conştiinţă subiectivă, opusă lumii obiective exterioare,ce constă din obiecte spaţiale ce sunt substraturi ale unor realităţi perceptibile. Această imagine s-a menţinut până la Kant, care adaugă subiectului (eului) conştient dimensiunea persoanei morale. Iar sinteza lui Hegel diferenţiază conştiinţa (intenţională) reflexivă a lumii, de conştiinţa celuilalt (alterego) şi de conştiinţa de sine.

Psihologia ştiinţifică ce s-a dezvoltat din a doua jumătate a sec.XIXca o ştiinţă de laborator, a pus însă un accent mai redus pe subiectivitatea conştiinţei, fiind atentă la performanţele psihice înregistrabile. În această direcţie s-a dezvoltat

doctrina comportamentalistă. Nici psihanaliza, doctrină ce s-a răspândit în sec.XX, nu a acordat importanţă majoră conştiinţei, deşi a păstrat, cu valoare marginală,conceptele de eu şi sine. Ea a fost însă atentă la relaţionările interpersonale din copilărie şi la “introjectările” imagourilor altora în propriul psihism. Doar fenomenologia a păstrat interes pentru conştiinţă, reactivând intenţionalitatea lui Avicena şi Brentano. Ea s-a îndepărtat însă de metodologiile cantitative, măsurabile.

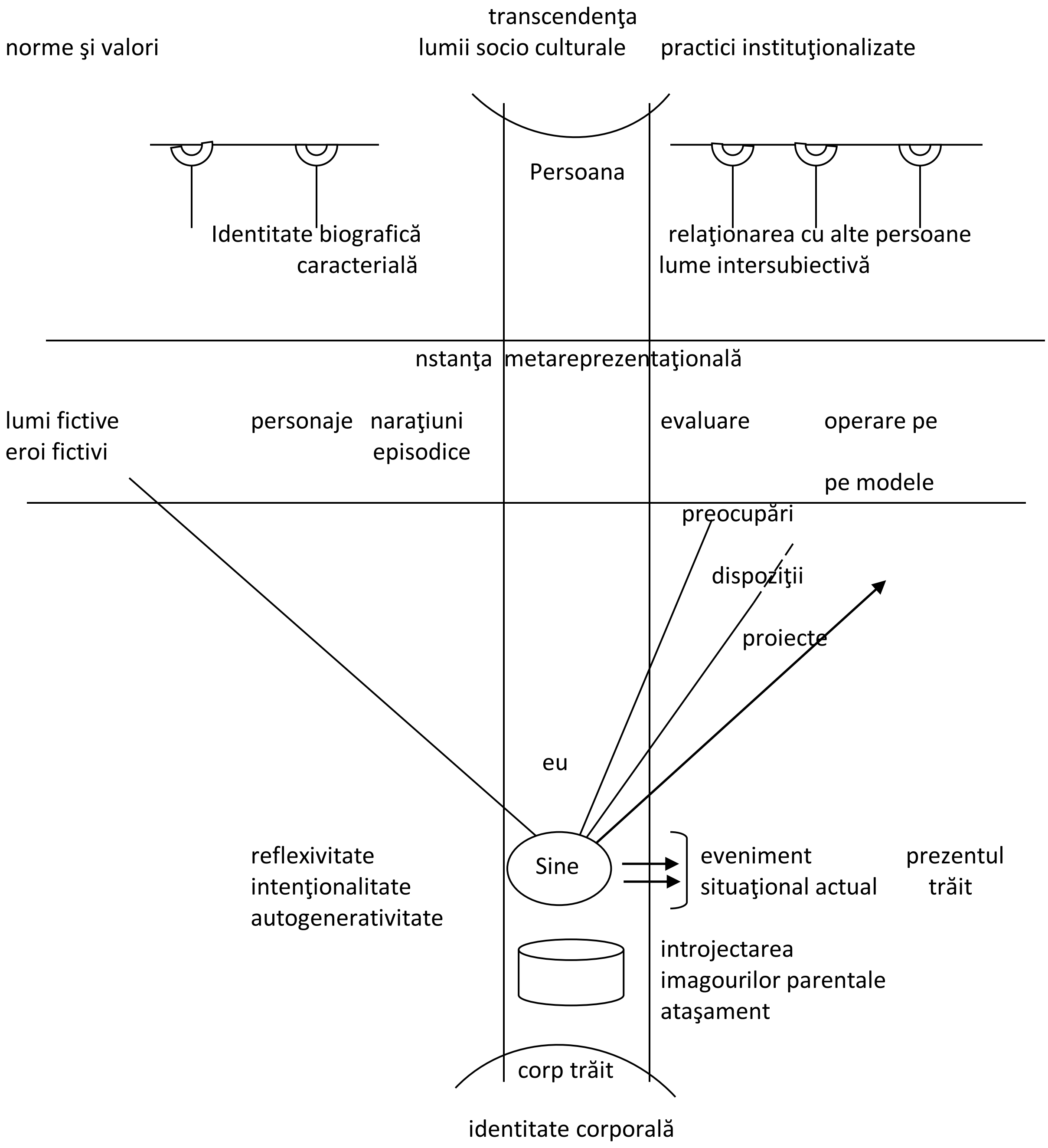
Având în spate această tradiţie, cognitivismul ce s-a impus în psihologie spre sfârşitul sec.XX, s-a concentrat asupra conceptului centralizator de sine (self) intenţional şi reflexiv. Avantajul sinelui faţa de tradiţionalul eu conştient constă în faptul că permite articularea cu agenţia psihismului animal; precum şi trimiterile la neuroştiinţe, la inteligenţa artificială şi la psihosociologie.

O altă schimbare majoră faţă de tradiţie ce s-a realizat în sec.XX a fost mutarea accentului de la înţelegerea predominent cognitiv contemplativă a psihismului uman spre una activă realizatoare. Faptul s-a evidenţiat deja odată cu comportamentalismul, cognitivismul orientându-se ulterior spre rezolvarea de probleme. Dar chiar şi neofenomenologia, care a ajuns să colaboreze fructuos cu cognitivismul, s-a orientat spre studierea manifestărilor active pe care subiectul conştient le realizează prin intermediul propriei corporalităţi.

În cadrul acestei noi orientări un rol important îl va juca revalorizarea conceptului de persoană, în perspectiva identităţii biografice. Persoana a însemnat în antichitate re-prezentarea unei instanţe umane, - inclusiv a indivizilor -în faţa dezbaterilor publice, predominent juridice. După ce conceptul a fost asimilat timp de mai multe secole de dogmatica creştină, el a revenit spre dimensiunea umană odată cu filosofia morală a lui Kant. Conceptul de persoană – personalitate – a asimilat însă şi caracteriologia; atât cea tradiţională (temperamentală şi zodiacală) cât şi pe cea a moraliştilor şi romancierilor europeni, ce au creionat personaje

**Chenar 85** **Figura 7**

**Modelul lui Ey dezvoltat; psihismul uman înglobează instanţa proiectelor, cea metareprezentaţională, intersubiectivitatea şi transcendenţa**



tipice. Psihologia narativă a persoanei se insinuează astfel, pentru a umple distanţa dintre raportarea activă  a subiectului la situaţia prezentă, susţinută de agenţia "sinelui actualităţii"la un pol; şi, la alt pol, caracterizarea sau etichetarea morală a persoanei, rezultată din biografie.

Se poate relua acum sugestia avansată de Ey privitoare la organizarea psihismului uman prin intersecţia între o dimensiune sincronă, cea a conştiinţei actualităţii; şi una diacronă, a conştiinţei identitar morale.

Subiectul uman conştient este în permanenţă angrenat în rezolvarea unor situaţii problematice actuale. Acestea pot fi diverse ca obiectiv, structură şi durată. Pentru o bună performanţă subiectul trebuie să-şi menţină mereu în faţă obiectivele de atins, să culeagă constant informaţii din ambianţă privitoare la desfăşurarea actului, să colaboreze la nevoie cu alţii şi să-şi refacă strategia dacă situaţia o cere.

O situaţie actuală odată încheiată, rezolvată, se depozitează în memorie, plasându-se într-o ordine temporală de succesiune în raport cu alte episoade de viaţă. Ea participă astfel la conturarea identităţii biografice a persoanei. Din structura memoriei personale evenimentul trăit poate fi rememorat, reprezentat, narat circumstanţial sau biografic. Dar el poate şi să influenţeze, preconştient, atitudinile, preocupările şi opţiunile ulterioare ale subiectului. Un cumul de evenimente psihotraumatizante de un anumit tip, îi fac pe unii subiecţi mai sensibili faţă de anumite situaţii, pe care vor încerca să le evite.

Un aspect al comportamentelor actuale ale subiectului derivă din înlănţuirea şi suprapunerea lor. Dacă am considera că un act realizator bine delimitat ar putea reprezenta etalonul actualităţii trăite de subiect, e uşor de remarcat faptul că acesta se articulează cu altele, ca secvenţe ale unor comportamente de durată mai lungă. Pe de altă parte, concomitent se derulează variate proiecte de acţiune cu obiective distincte. Precum şi preocupări de clarificare identitar relaţională, (clarificarea suspiciunii unei boli, a competenţei într-un domeniu profesional, a infidelităţii partenerului, a persecuţiei din partea altora). Apoi, în perspectivă temporală

subiectul parcurge şi perioade sau cicluri de viaţă care sunt centrate de obiective de largă respiraţie (e.g. o perioadă de studii ce se încheie cu promovare şi începerea unei profesii; sau: curtare, logodnă, căsătorie, copii). Desigur, sinele subiectului se distribuie între toate aceste planuri bazându-se pe identitatea sa cu sine resimţită global şi constant, în fundal. Istoria vieţii unui om "biografia sa" chiar dacă e potenţial redactabilă printr-un text narativ, este în primă instanţa percepută nemijlocit ca unitate şi coerenţa a duratei sale mnestice în care se inseră toate evenimentele trăite. Acest "sine identitar biografic" stă în spatele raportărilor situaţionale, asigurându-le o „adâncime temporală". În plus el asigură unitatea şi coerenţa transtemporală a identităţii persoanei - şi stă în spatele autoperceperii, a părerii pe care un subiect o are despre sine, a autoevaluării sale. Sinele biografic permite subiectului să evoce amintiri, să-şi analizeze şi să-şi autoanalizeze viaţa. Din el derivă visurile, reprezentările, imaginările; precum şi „cursul ideativ" ce se derulează în permanenţă în fundalul subiectivităţii conştiinţei. Pe el se sprijină autoevaluarea şi scenariile metareprezentative de relaţionare cu alţii, în calitate de personaj.

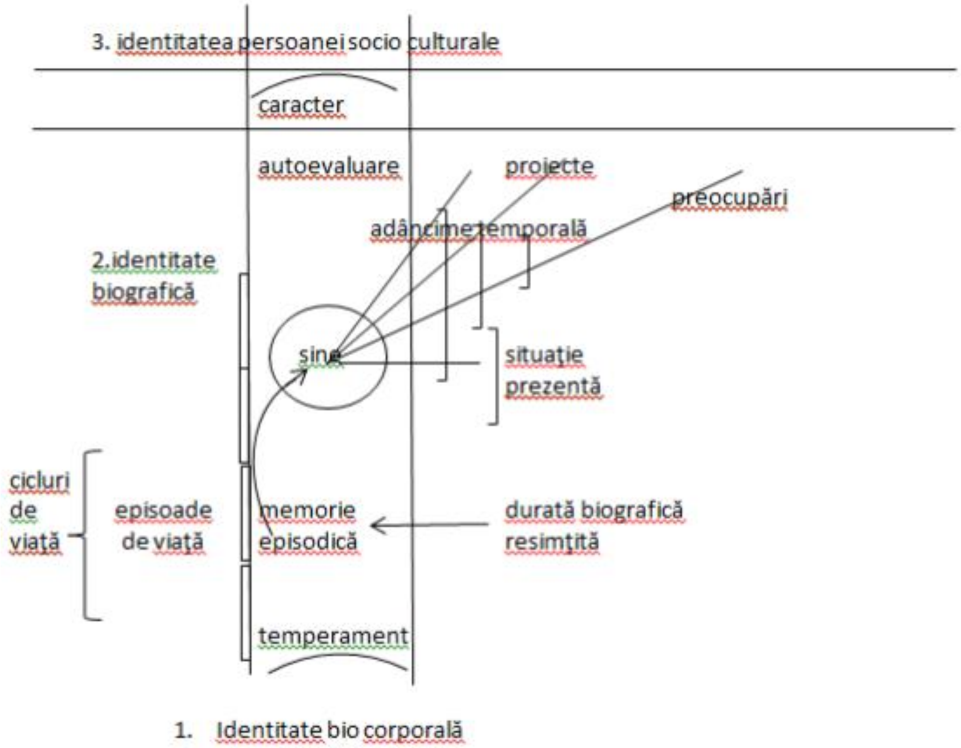
Sinele identitar biografic reprezintă însă doar una din cele trei componente care, prin unitatea lor, configurează profilul identității individului uman.

Orice om are o identitate în primul rând prin corporalitatea sa, ce a fost concepută biologic, se naşte la o anumită dată calendaristică, trăieşte o perioadă de timp, după care moare, la fel ca orice fiinţă biologică. Corpul uman are o anumită formă, aspectul său – mai ales cel facial – identificându-l pentru alţii. Ca markeri de unicitate el are un anumit profil genetic, o amprentă digitală, o formă a irisului, o imunitate specifică. Corpul poate avea unele vulnerabilități, defecte sau dotări deosebite, se poate îmbolnăvi, poate suferi amputaţii şi protezări, poate fi prezentabil şi atractiv. Persoana conştientă îşi resimte propriul corp ca sediu al minţii (sufletului) şi a identităţii sale şi ca principal instrument în relaţionarea cu lumea.

La alt pol se situează persoana socio culturală, cu care corporalitatea şi identitatea biografică fac corp comun. Orice individ e identificabil social prin nume, loc de naştere, sex, vârstă, actele de identitate, părinţi şi rude, reţea socială proximă, curriculum vitae, caracterizare socială, acţiuni intreprinse, opere.

**Chenar 86** **Figura 8**

**Trei dimensiuni ale identităţii persoanei: corporală, biografică, social**

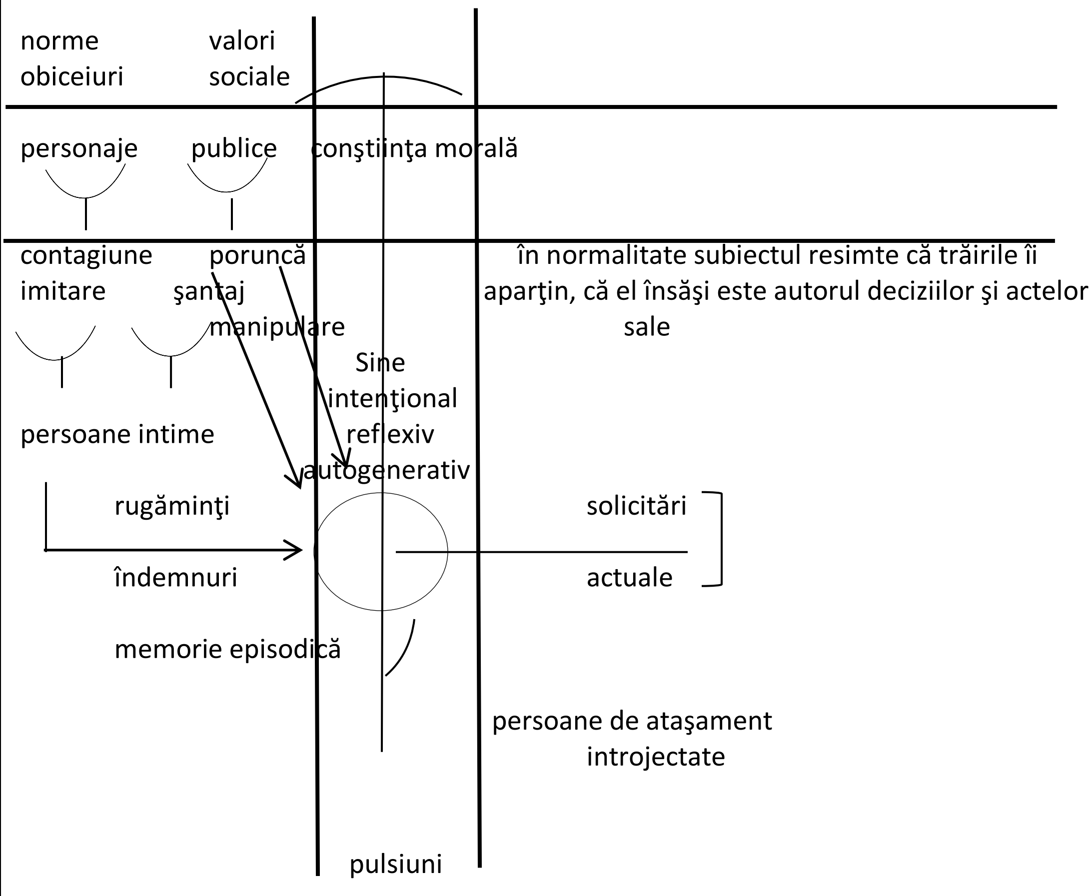



Un alt aspect al identităţii persoanei, care se corelează cu unitatea, delimitarea şi autonomia agenţiei sale, se referă la influenţele asupra deciziei libere. Pentru început se poate considera că subiectul este singurul care decide ce urmează să facă, că el îşi asumă întreaga responsabilitate a actului. În realitate lucrurile nu stau însă aşa. Decizia de a acţiona se sprijină, pe lângă propriul proiect şi solicitarea situaţională, şi pe sfaturile sau recomandările altora. Ceilalţi mai pot interveni însă şi prin sugestii mai mult sau mai puţin ferme, prin porunci şi uneori prin şantaj; şi acestea, chiar din partea unor persoane de care pacientul depinde. El

va decide apoi să acţioneze şi prin împărtăşirea motivaţiei cu o persoană ce îi este apropiată sufleteşte; sau prin imitare, prin contagiune socialăcircumstanţială. În plus, în elaborarea şi decizia actelor sale el ţine seama de modelele educative pe care le-a asimilat, de imagoul persoanelor de ataşament pe care le-a introjectat, de normativitatea socială pe care şi-a însuşit-o. În toate aceste cazuri autonomia

**Chenar 87** **Figura 9**

**Influenţe asupra deciziei, apartenenţei şi agenţiei trăirilor**




agenţiei decizionale de acţiune se multiplică. Dar sentimentul de apartenenţa la sine a propriilor acţiuni se păstrează.

Influenţarea socială şi de către alţii a trăirilor, motivaţiei şi acţiunilor subiectului se înscrie în perspectiva integrării sale în reţelele interpersonal sociale,

care se distribuie între o zonă intimă şi una publică. Zona intimă este cea în care subiectul îşi păstrează secretele personale, în care se generează gândurile şi dorinţele proprii; la ea având acces doar cei apropiaţi. Zona publică este cea a apariţiei pentru persoane necunoscute, zona în care subiectul poate juca roluri sociale, manifestându-se aşa cum ar dori să fie receptat de către alţii. Aceasta este şi instanţa comentariilor şi caracterizărilor publice, în care subiectul poate deveni „personaj".

Identitatea persoanei deşi are o structură ce poate fi tripolarizată (spre corp, biografie, social) se cere înţeleasă ca un nivel fundamental al psihismului uman, ca bază a individuaţiei sale. În această perspectivă ea presupune unitatea şi coerenţa acestei structuri, centrată şi delimitată. Centrarea se realizează printr-o zonă nucleară, activă, autogenerativă şi autocontrolată, intenţional reflexivă. Iar delimitarea, deşi dinamică şi flexibilă cuprinde împreună istoria biografică şi orizontul tuturor angajărilor, proiectelor şi preocupărilor actuale ale subiectului încorporat şi definit socio cultural; subiect integrat într-o reţea interpersonală proximă. Prin sinele său nuclear subiectul normal resimte mereu că "el însuşi" este autorul gândurilor, deciziilor şi actelor sale, că se diferenţiază de ceilalţi, de societate şi de întreaga lume. Şi aceasta chiar dacă colaborează, împărtăşeşte idei şi acceptă sugestii, mai ales de la persoanele de care este apropiat. Coerenţa şi delimitarea identităţii personale stau la baza sentimentului de autonomie şi agenţie. Subiectul normal resimte constant că propriul corp, trecutul şi trăirile sale "îi aparţin", sunt ale sale ("meinest"); şi că el însuşi este autorul ultim al iniţierii gândurilor şi manifestărilor sale (agenţie). În psihopatologie aceste aspecte pot fi alterate deficitar.

Sinele identitar se mai defineşte şi prin constelaţia disponibilităţilor sale, în vederea întâmpinării şi acordării cu situaţiile pe care le întâlneşte, a implicării în rezolvarea lor. E vorba de atitudinea pe care o ia în raport cu ofertele lumii care-l întâmpină. Desigur, iniţial subiectul descifrează semnificaţia care o au pentru el

lucrurile care se petrec, decupând, prin comprehensiune, un profil al situaţiei cu care se confruntă şi în care ajunge să se angajeze. Precum şi un context şi un orizont accesibil al acesteia. Iar apoi, actualizează „dispozitivul” de relaţionare adecvat de care dispune, operează pe modele probabiliste, variante de acţiune şi le implementează creator. Dacă apare o situaţie de confruntare, el se poziţionează dispoziţional pentru luptă, dacă e invitat la o sărbătoare, el activează o bună dispoziţie adecvată petrecerii etc.,pentru ca apoi să lipte cu succes sau să petreacă pe cinste.

Situaţiile întâlnite sunt desigur variate. Astfel, de ex. pentru a realiza bine un lucru, subiectul trebuie să fie într-o “bună dispoziţie pentru muncă”, odihnit şi cu energie suficientă, deschis eforturilor şi colaborărilor; căci, el se poate afla şi într-o “proastă dispoziţie pentru activitate”, obosit, anergic, nehotărât, apatic. Sau, se poate instala o dispoziţie anxios fobică, în care subiectul e speriat şi tensionat, gata să se apere, să fugă, să se ascundă. În perspectivă relaţională se poate instala o dispoziţie suspicioasă faţă de ceilalţi, cu sentimentul unei continue supravegheri şi atitudini ostile din partea acestora; sau cu un comportament de neîncredere şi înşelare. Se poate menţiona şi buna dispoziţie ce se instalează după un succes sau o victorie, sau cu ocazia participării la veselia unei sărbători comunitare. La polul opus avem dispoziţia depresivă a retragerii inhibate şi repliată pe sine de după eşecuri, pierderii doliu, însoţită de autoevaluare negativă. Ar mai putea fi menţionat: atitudinea obiectivantă, observaţională, cea contemplativă, cea de joacă şi glumă etc. Privind în ansamblu s-ar putea formula că : sinele persoanei, definit prin unitatea şi coerenţa identităţii sale de fond, se află în permanenţă angajat în situaţii cu diverse obiective şi orizonturi, focalizat însă întotdeauna pe nemijlocitul unei situaţii actuale.

În sfârşit nu poate fi ignorat faptul că psihismul specific uman se dezvolltă pe fundalul psihismului biologic, a cărei moştenire o poartă; şi faptul că prin creierul persoanei el e dotat cu structuri funcţionale ce susţin modúli

psihoantropologici ca cei ai limbajului articulat a funcţiilor executive,. A cogniţiei sociale. Dar şi faptul că întreaga sa funcţionalitate specifică se desfăşoară în interiorul unei lumi umane susţinută de limbajul narativ, de practici instituţionalizate, norme şi valori, entităţi fictive. Lumea umană ce funcţionează ca un mediu sau ca un câmp, ce înconjoară şi animă manifestarea existenţei sale. Iar articulaţia între moştenirea biologică a psihismului şi specificitatea sa umană este o realitate ce nu e ignorată de intenţionalitatea reflexivă a psihismului conştient. Fapt pe care psihopatologia ni-l relevă odată cu sindromul depersonalizării.

Atât la nivel identitar cât şi la nivelul relaţionărilor cu alţii şi a raportărilor actuale, coerenţa, delimitarea şi unitatea sa se realizează printr-o sinteză ce face loc şi libertăţii de acţiune şi autodeterminare.

În lucrare sunt invocate şi prezentate şi unele sinteze care deja au fost publicate de unul dintre autori.